Lane Medical Library

Maligne Ovarialtumoren.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Ruperto-Carola

zu Heidelberg

vorgelegt von

Max Rothenberg

approb. Arzt

aus

Dassel.

Dekan:

Prof. **Vierordt.**

Referent:

Prof. **Kehrer.**

Heidelberg.

Buchdruckerei von Carl Pfeffer „Heidelberger Tageblatt".

1893.

Maligne Ovarialtumoren.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Ruperto-Carola

zu Heidelberg

vorgelegt von

Max Rothenberg

approb. Arzt

aus

Dassel.

Dekan:
Prof. **Vierordt.**

Referent:
Prof. **Kehrer.**

Heidelberg.

Buchdruckerei von Carl Pfeffer „Heidelberger Tageblatt".

1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0201

Seinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Wohl kein Gebiet der Gynaekologie hat in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts eine so umfangreiche Literatur entstehen lassen, wie das der Ovarienerkrankungen. Insbesondere sind es die Ovarialkystome, welche eine so reiche Bearbeitung in kritischen Erörterungen und casuistischen Publicationen gefunden haben, dass jetzt die Frage der Ovariotomie in Bezug auf Indication und Technik der Operation als eine vollkommen entschiedene und abgeschlossene zu betrachten ist. Das gilt aber nicht in demselben Masse auch von den malignen Ovarialtumoren.

Die ganze Frage der Ovariotomie ist wieder mehr in den Vordergrund getreten, seitdem in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten durch übereinstimmende Beobachtungen festgestellt wurde, dass bösartige Eierstocksgeschwülste in einer viel grösseren Häufigkeit auftreten als bisher angenommen worden ist.

Auf diese aber fanden die so glänzenden Erfolge der Ovariotomie keine Anwendung. Durch den rastlosen Eifer von Forschern, wie Atlee, Sims, Wells, Tait und später Koeberlé, Keith, Schröder, Hegar, Kaltenbach u. A. und unter dem Schutze der antiseptischen Wundbehandlung hat sich die Sterblichkeit der Ovariotomie stetig gebessert, so dass sie jetzt nur noch 10—5% und weniger beträgt. Hand in Hand damit hat sich die Zahl der Contraindicationen immer mehr verringert, so dass weder subseröse Entwicklung der Tumoren noch zahlreiche Adhaesionen, weder Schwangerschaft, hohes Alter, noch Marasmus der Patientinnen die Operation verbieten. Dagegen bestand von jeher eine grosse Scheu vor der Operation bösartiger Tumoren.

Das war in früheren Zeiten auch erklärlich und entschuldbar. Zunächst lag es daran, dass die Patientinnen sich erst in

späten Stadien der Tumorenentwicklung dem Operateur zur Verfügung stellten, wenn durch dauernde Arbeitsunfähigkeit und durch unleidliche Schmerzen sich ihr Dasein zu einem unerträglichen gestaltet hatte. Dann aber war es die Schwierigkeit einer exacten Diagnose, die nur selten mit absoluter Sicherheit auf einen malignen Tumor gestellt werden konnte. Ist doch auch die erste Entwicklung des Ovariencarcinoms sehr oft völlig latent und symptomenlos, so dass erst das rapide Wachsthum und der rasch zunehmende Ascites auf eine bösartige Neubildung hindeuten, wenn es zu einer Radicaloperation zu spät geworden ist. War freilich das ausgesprochene Bild einer malignen Geschwulst mit all ihren Komplicationen vorhanden, so suchte man bei der ungünstigen Prognose der Ovariotomie bei malignen Geschwülsten eine gewisse Berechtigung zum Eingriff erst dadurch zu erlangen, dass eine vorher unternommene palliative Behandlung nutzlos verlaufen war. So liess man durch häufige Punctionen die günstige Zeit zur Exstirpation eines vielleicht noch kleinen, in sich abgeschlossenen, leicht zugänglichen Carcinoms vorübergehen.

Und wurde die Operation schliesslich unternommen, so war es nicht verwunderlich, dass bei dem Mangel einer ausgebildeten Antisepsis so langdauernde Operationen mit schwer zu lösenden Adhaesionen und bedeutenden Blutungen so ungünstige Ausgänge nahmen. Dazu kam die hochgradige Kachexie, die verminderte Widerstandskraft und die durch diese Constitutionsfehler begünstigte septische Peritonitis. Nur ausnahmsweise, wenn durch die Operation unerträgliche, das Leben direct bedrohende Beschwerden momentan zu beheben waren, sollte die Operation gerechtfertigt sein dürfen.

Erst in neuerer Zeit haben sich einzelne Stimmen erhoben, welche darauf dringen, auch maligne Geschwülste frühzeitig zu exstirpiren. Ja, der früheren Warnung vor der Radicaloperation stellt sich jetzt geradezu die Mahnung zu derselben entgegen.

Es haben sich nämlich neuerdings so viele glückliche Resultate von Operationen bösartiger Tumoren gezeigt, — die in früherer Zeit erreichten wurden allgemein als Ausnahmefälle betrachtet —, dass entsprechend den grossartigen Fortschritten

der Ovariotomie auch die bisher in Geltung gewesene Contraindication der Malignität heute eine erhebliche Einschränkung erfahren hat. Der Vortheil einer frühzeitigen Operation besteht aber hauptsächlich darin, dass sich dem Operateur viel weniger Schwierigkeiten intra operationem entgegenstellen, als in späteren Stadien. Auch von anatomischer Seite ist auf die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Operation hingewiesen worden. Infolge der isolirten Lage des Ovarium bleibt der Eierstockskrebs relativ lange local und kann sich wegen der Armuth an Blut- und Lymphgefässen nicht weit verbreiten, so dass im Anfang eine Allgemeininfection noch zu verhindern ist.

Aber noch eine andere Mahnung ergiebt sich aus dem häufigen Vorkommen maligner Ovarialgeschwülste: nicht allein jede maligne Geschwulst, sondern überhaupt jeder Ovarientumor muss, sobald er nur diagnosticirt ist, entfernt werden. Denn ausser ihrem unaufhaltsamen Wachsthum, ausser den Gefahren einer Stieltorsion, einer Vereiterung oder Ruptur mit nachfolgender Peritonitis, besteht eben bei allen Ovarialcystomen eine grosse Neigung zu maligner Degeneration, welche in dem oben erwähnten häufigen Vorkommen ihren Ausdruck findet.

Martin war der erste, welcher der frühzeitigen Operation jeder Ovarialgeschwulst die Berechtigung anbahnte. In der Berl. klin. Wochenschrift vom Jahre 1883 sagt er: „Jeder Ovarialtumor, sobald derselbe nicht lediglich als das Product einer vorübergehenden Schwellung infolge acuter Oophoritis anzusehen ist, muss die Operation zu seiner Entfernung indiciren.“

Und dem haben sich jetzt wohl alle Operateure angeschlossen, so dass, wie Fritsch[1]) sich drastisch einmal ausdrückt, heutzutage die Devise gelten muss: Ovarientumor—Bauchaufschneiden.

Ehe wir nun auf die Häufigkeit, Erscheinungsweise und Operabilität der malignen Geschwülste näher eingehen, müssen wir zunächst einen Ueberblick über diejenigen Geschwülste geben, welche in die Rubrik der bösartigen, sei es nun in weiterem oder engerem Sinne, gehören.

---

[1]) Fritsch, Bericht über die gynaek. Operat. 1891/92.

An erster Stelle sind hier natürlich die malignen Geschwülste κατ' ἐξοχήν: die Sarcome und Carcinome des Eierstocks zu nennen. Aber darüber bestehen verschiedene Meinungen, in wie weit die Kystome des Ovarium als maligne aufzufassen sind. Nach Waldeyer[1]) kann man „anatomisch und genetisch zwischen Kystom und Alveolärcarcinom keine scharfe Grenze ziehen. Das Alveolärcarcinom ist nichts anderes als diejenige Form des Carcinoms, welches den Uebergang zu den Kystomen vermittelt; ja auch der echte Markschwamm kann ohne weiteres in Kystombildungen übergehen." Und dass ein Kystom sich zu einem wirklichen Carcinom entwickeln kann, welches die Eigenschaft der Metastasenbildung und der Zerstörung des Nachbargewebes besitzt, das ist von Waldeyer, Flaischlen, Marchand erwiesen.

Die Epithelwucherungen, mögen sie nun ihren Ausgangspunct nehmen vom Keimepithel (Waldeyer, Pfannenstiel), oder vom Follikelepithel (Hofmeier, v. Velits u. A.), oder mögen sie erst Folgezustände chronischer Entzündungen sein (Gusserow, Nagel, Steffeck), geben also Veranlassung zu epithelialen Neubildungen, welche im Eierstock eine besondere Tendenz zur Cystenbildung, das heisst zur Bildung eines Kystoms haben. „Führen aber die epithelialen Gewächse trotz der colloiden Umwandlung ihrer zelligen Bestandtheile niemals zur Bildung grösserer Cysten mit besonderen Wandungen, und finden sich neben den colloid entarteten Zellzapfen immer noch frische, weiter wuchernde Zellhaufen, und findet endlich ein Ueberwandern in die Lymphbahn und ein Fortschreiten auf die benachbarten Gewebe statt, so würde der Name (Colloid-) Krebs der bezeichnendste sein.[2])"

Jedenfalls können alle Kystombildungen, mögen sie anfangs nun glanduläre oder papilläre, mögen sie Dermoïde oder sogen. Combinationscysten*) sein, eine maligne Degeneration erfahren, indem sie theils in ihren Wandungen maligne Knoten oder

[1]) Archiv für Gyn. Bd. 1 p. 314.

[2]) ibidem p. 315.

*) Nach Poupinel (Virchow-Hirsch Jahresbericht 1886) haben die Mischformen (Dermoïde und Kolloidcystome) besondere Tendenz zu maligner Degeneration und Generalisation.

diffuse markschwammähnliche Anschwellungen aufweisen, theils kleine mit Krebsmassen erfüllte Cysten oder einen ins Innere hineinragenden isolirten Tumor zeigen.

Eine besondere Besprechung verdienen die papillären Kystome.

Olshausen[1]) war der erste, welcher auf die durch mehrere characteristische Eigenschaften von den glandulären Kystomen unterschiedenen papillären Kystome aufmerksam machte, und in der neuesten Auflage seines Lehrbuches widmet er den Flimmer-Papillär-Kystomen — diesen Namen hat v. Velits vorgeschlagen — schon einen besonderen Abschnitt, in welchem dieselben als eine unabhängige, selbständige Art behandelt werden.

Dass diese sowohl klinisch als anatomisch eine Sonderstellung einnehmen, das ist durch die Arbeiten von Coblenz, Flaischlen, v. Velits u. A. erwiesen worden. Ihre Bösartigkeit, die sie schon durch ihr viel schnelleres Wachsthum, ihr frühes Erregen von Ascites und anderen schweren Folgeerscheinungen documentiren, beruht aber besonders in der Neigung der an den Cystenwänden sitzenden Papillen zum Durchbruch, wonach dann eine Dissemination von Geschwulstelementen auf das Peritoneum per continuitatem, und nach den Beobachtungen von Marchand, Malassez eine noch malignere Art der Generalisation, die per metastasin, zu stande kommt. Endlich und zwar am häufigsten werden diese Geschwülste durch den Uebergang in wirklichen Krebs überaus bösartig. Coblenz[2]) giebt eine Erklärung dafür: die frei in den peritonealen Lymphraum hineinwuchernden Papillome haben bedeutend mehr durch mechanische Insulte zu leiden und erweisen sich für Transplantation, Metastasenbildung und Degeneration ungleich stärker disponirt, als wenn sie, von einer dicken Cystenwand umschlossen, in eine zähflüssige Inhaltsmasse hineinwuchern.

Tauffer[3]) weisst darauf hin, dass das Peritoneum erkranken kann, auch ohne dass ein Durchbruch des zottigen

[1]) Olshausen, Krankheiten der Ovarien. 1877 u. 1886.
[2]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 7.
[3]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 17.

Cysteninhalts stattgefunden hat. Da müsste man wohl eher an Metastasenbildung denken. Andererseits können die auf dem Peritoneum zerstreuten Wucherungen einmal den neutralen, bei chronischen Bauchfell-Entzündungen gewöhnlich vorkommenden Charakter eines einfach gutartigen granulirenden Gewebes*), in anderen Fällen trotz gleicher Erscheinungsweise der Geschwulst und anscheinend trotz gleicher oder gar geringerer Veränderungen des Peritoneum die allgemeinen Erscheinungen der Carcinose bedingen. Diese secundären Erscheinungen sind nach Tauffer's Ansicht ebenso auffallend, wie unerklärt. Jedenfalls können auf die Frage der Therapie, des klinischen Verlaufs und der Prognose vorläufig keine befriedigenden Antworten gegeben werden. Vielleicht liegt aber doch in der feineren anatomischen Beschaffenheit des primären Tumors oft eine Handhabe zur Erklärung dieses Verhaltens.

So führt z. B. Flaischlen[1]) ein papilläres, hochgradig carcinomatös degenerirtes Kystom an mit massenhaften Psammombildungen, also ein sogen. Psammocarcinom des Ovarium, und zwar war nur der solide Theil des Tumors carcinomatös degenerirt, dagegen nicht die papillären Wucherungen. Desshalb auch waren die Papillome, die sich auf dem Peritoneum eingenistet hatten, ebenfalls gutartige. Es gelang vieljährige Heilung durch Laparatomie, also trotz bestehender Papillome auf dem Peritoneum.

Jedenfalls können die Flimmer-Papillär-Kystome Metastasen machen, welche zugleich die Anlage der Muttergeschwulst mit sich nehmen. Bei krebsig entartetem Kystom sind die Kystadenommetastasen nach einer gewissen latenten Periode meist ebenfalls krebsig entartet.

Histologisch schon nehmen nach Coblenz diese Papillär-Kystome auch insofern eine Sonderstellung ein, als der Bindegewebsstock oft einen myxoïden Habitus, oft mehr fibröse oder fibro-sarcomatöse Texturverhältnisse zeigt.

Die Papillome stehen also auf der Grenze zwischen klinischer und anatomischer Malignität, und werden von den meisten Autoren desshalb auch zu den malignen Ovarialgeschwülsten gerechnet. Kommt es doch vor, dass sie makroskopisch

*) Vergl. unsern Fall Nr. 6.

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 7, p. 449.

noch benign erscheinen, unter dem Mikroskop aber schon deutlich krebsige Partieen aufweisen*).

Es ist also, wie Cohn[1]) sich ausdrückt, „nur ein temporärer Unterschied zwischen der Geschwulst mit beginnender Papillenbildung und wirklichem Papillarkrebs vorhanden, und da der Zeitpunkt der malignen Degeneration unmöglich zu bestimmen ist, so sind die Papillome stets als maligne zu betrachten, wenn im Anfang auch nur im klinischen Sinne."

Ja, A. Martin bezeichnet die papillomatöse Degeneration geradezu als eine Vorstufe des Carcinoms, und ebenso erklärt Spencer Wells die papillären Kystome fast ausnahmslos für destruirende Carcinome.

Dafür würde auch die Beobachtung sprechen, dass bei einem Papillom, bei dessen Operation die Leber noch intact war, später Carcinom-Knoten darin auftraten.[2]) Auch wir haben in dem Fall Nr. 17 ein Beispiel dafür. Bei der Operation fand sich ein einfaches papillomatöses Kystom, und nach 6 Wochen starb die Patientin an zahlreichen Sarcom-Metastasen, die in der kurzen Zeit von jenen sechs Wochen sich eingestellt hatten. Jedenfalls muss man da annehmen, dass schon im Anfang eine sarcomatöse Degeneration des Papilloms bestanden hat.

Immerhin darf man die Sache aber auch nicht übertreiben und jedes papilläre Kystom als ein bösartiges ansehen. Eine maligne Degeneration bei einem papill. Kystom ohne durchbrochene Wand findet doch wohl nur selten statt**), eher schon bei Dispersion oder Transplantation von Geschwulstelementen auf dem Peritoneum.

Ja in allerneuester Zeit bricht Pfannenstiel[3]) eine Lanze für die Gutartigkeit der papillären Kystome, „die sich im Laufe der Zeit durchaus nicht alle in Carcinom umwandeln." Er unterscheidet das Adenoma papill. pseudomucinos. mit zähem Secret (Pseudomucin) und das Adenoma papill. simpl. mit wässerigem Inhalte, i. e. das Flimmerpapillärkystom der früheren Autoren. „Das erstere ist absolut gutartig, erzeugt nur selten

*) Vergl. von unsern Fällen Nr. 16.

[1]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 12.

[2]) Dissert. v. Scheele (Strassburg 1889).

**) Flaischlen erwähnt solch einen Fall in Zeitschr. f. Geb. Bd. 7.

[3]) Centralblatt f. Gyn. 1893, Nr. 25.

peritoneale Impfmetastasen, nie Kachexie und kann dauernd geheilt werden. Das zweite verhält sich genau ebenso, zeigt nur ein etwas schnelleres Wachsthum, das aber nie zu Destruction führt. Auch da, wo peritoneale Metastasen zurückbleiben, kann Jahre lang völliges Wohlbefinden, selbst ohne Ascitesbildung eintreten, und wo Geschwulstreste, Theile der Cystenwand zurückgelassen werden, wachsen dieselben zwar weiter, doch auch wieder ohne destructive Tendenz, ohne Metastasenbildung und Erzeugung von Kachexie. Nur diejenigen papillären Adenome, welche vom histologischen Standpunkt als Carcinome oder als Adenosarkome zu bezeichnen sind, haben wirklich maligne Eigenschaften."

Betrachten wir nun aber das Verhältniss des Vorkommens, wie es Pfannenstiel angiebt, so finden wir die papill. Adenocarcinome in derselben Häufigkeit wie die beiden gutartigen Adenomformen zusammen genommen. Wenn die papillären Adenome also in der Hälfte der Fälle histologisch malign sind, so ist es doch wohl berechtigt, sie etwas mehr zu fürchten.

Es giebt noch eine seltene Form von papillären Wucherungen, die sich als warzige Excrescenzen und in ihrer Weiterentwicklung als blumenkohlartige Wucherungen auf der Oberfläche des Eierstocks darstellen und in die freie Bauchhöhle hineinragen, die von Olshausen so bezeichneten Oberflächenpapillome. Nach ihm sollen sie durch Durchbruch aus praeformirten Cysten des Ovarium entstehen, nach Frommel[1]) u. A. sollen beide, Oberflächenpapillom und papill. Flimmerepithelkystom, aus Einsenkungen des Keimepithels in das Stroma ovarii entstehen, und zwar sollen diese epithelialen Einsenkungen entweder an der Oberfläche des Ovariums papilläre Wucherungen bedingen — der seltenere Fall — oder aber mit ihren flimmernden Epithelschläuchen in die tieferen Partieen des Ovarialstromas eindringen und zur Bildung von Flimmerepithelkystomen führen. Im Bereich dieser Einsenkungen hat sich das Oberflächenepithel in Cylinderepithel mit Wimperbesatz umgebildet.

Jedenfalls sind beide Formen klinisch und anatomisch sehr verwandt, beiden kommt die Neigung zu, Metastasen auf dem

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 19.

Bauchfell in Form dendritischer Vegetationen mit consecutivem Ascites zu erregen.

Das sog. einfache Myxoidkystom, das Kystoma prolifer. glandulare erfreut sich in Bezug auf Inficirung des Peritoneum und auf maligne Degeneration eines besseren Rufes. Es ist jedoch von einigen Autoren, so von Baumgarten[1]) und von Schlegtendal[2]) auf Fälle von glandulären Kystomen aufmerksam gemacht worden, welche auf dem Peritoneum, Netz etc. myxomatöse Metastasen in Form von gallertigen Massen hervorgerufen haben, wofür von Werth die Bezeichnung Pseudomyxoma peritonei eingeführt worden ist. Ja eine wirkliche Neubildung, warzige grauröthliche Excrescenzen, kann daraus entstehen.

In neuerer Zeit sind von Geyl[3]), Uspensky[4]), Strassmann[5]), welcher den Namen Peritonit. pseudomyxomatosa vorschlägt, und von Waitz[6]) ähnliche Fälle mitgetheilt worden.

Von unseren Fällen scheinen Nr. 11 und Nr. 19 ebenfalls dahin zu gehören. Der erste Fall ist besonders dadurch interessant, dass aus den colloïden Auflagerungen auf dem Peritoneum sich später eine carcinomatöse Peritonitis entwickelt hat.

Die Thatsache ferner, dass in nicht sehr seltenen Fällen nach einer einfachen Ovariotomie Carcinom verschiedener Unterleibsorgane als Nachkrankheit auftrat, kann z. T. nur so erklärt werden, dass auch in anscheinend gutartigen Kystomen bereits carcinomatöse Partieen vorhanden sein können, welche selbst der mikroskopischen Untersuchung entgehen — ein weiterer Beweis für die Häufigkeit maligner Tumoren. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass bei der Operation abgesprengte epitheliale Zellen in der Bauchhöhle festen Fuss gefasst und sich zu Carcinomen entwickelt haben.[7])

Eine seltene Form ist ferner das sogen. traubenartige Kystom, welches von Olshausen, Baumgarten, Cohn und

[1]) Virch. Archiv Bd. 97.
[2]) Berl. klin. Wochenschrift 1886.
[3]) Archiv f. Gynaek. Bd. 31.
[4]) Centralbl. f. Gynaek. 1888, p. 380.
[5]) Zeitschrift f. Geb. Bd. 22, p. 637.
[6]) Centralbl. f. Gyn. 1891. p. 638.
[7]) Olshausen, Krankh. der Ovar. p. 382.

Hofmeier[1]) beobachtet wurde und besondere Neigung zu malignen Recidiven hat.

Auch die Dermoïdkystome neigen, wenn auch seltener, zu maligner und zwar meist carcinomatöser Degeneration. So führt Krukenberg[2]) von den bis zum Jahre 1887 beobachteten Fällen sieben an, wo carcinomatöse Degeneration einer Dermoïdcyste vorlag, während es sich in drei Fällen um eine einfache Combination von Carcinom und Dermoïd handelte.

Hier sind die genetisch zu den Dermoïden gehörigen Teratome anzuschliessen, die mehr solide Tumoren vorstellen, histologisch meist ein sarcomähnliches Grundgewebe und darin die verschiedensten Gewebsformationen zeigen. Auch sie sind den bösartigsten Neubildungen zuzuzählen: ein rasches Wachsthum, frühe Infection des Peritoneum, frühes Auftreten von Ascites, viele Metastasen und grosse Neigung zu Recidiven zeichnen sie aus, wie aus der 6 Fälle enthaltenden Zusammenstellung von Emanuel[3]) hervorgeht.

Ferner gehört hierher noch das von Schröder 1882 operirte Enchondrom, welches mit starker Ausscheidung von ascitischer Flüssigkeit und raschem Wachsthum der Metastasen einherging. Die Section ergab: Carcinom der Narbe, ferner Peritonit. und Pleurit. carcinomat.

Schliesslich sei hier noch eine bestimmte Gruppe von Geschwülsten erwähnt, welche histologisch infolge ihrer architectonischen Structur auf den ersten Blick eine grosse Aehnlichkeit mit den verschiedenen Formen der Krebse besitzen, bei eingehender Untersuchung aber sich als unzweifelhaft aus Bindegewebe entspringend erweisen. Kolaczek[4]), der zuerst darauf hingewiesen hat, nannte sie Angiosarkome, Eckardt[5]) will alle jene vom Endothel abstammenden Neubildungen unter dem Sammelnamen Endotheliome zusammenfassen und nennt das von den Endothelien der Gefässe abstammende: Endoth. intravasculare, das von den

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1887. p. 179.
[2]) Archiv f. Gyn. Bd. 30.
[3]) Ueber Teratoma ovarii in Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 25.
[4]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 13.
[5]) Zeitschrift f. Gyn. Bd. 16 H. 2.

Endothelien der Lymphgefässe resp. den gleichwerthigen Zellen des Bindegewebes ausgehende, innerhalb der Lymphspalten sich entwickelnde: Endoth. lymphaticum. Sie müssen klinisch unbedingt für maligne Geschwülste gelten, und anatomisch zeigen sie grosse Neigung zu maligner Degeneration. Und wenn wir uns Billroth's Ansicht anschliessen, so ist die Malignität der Angiosarkome auf eine Stufe mit den Carcinomen zu stellen.

Von 7*) in der Literatur erwähnten Fällen sind nur 2 genesen, bei vieren war eine ausgesprochene Kachexie, in 2 Fällen zahlreiche Metastasen vorhanden. —

Ueber die früher sehr unterschätzte Häufigkeit der malignen Ovarialgeschwülste haben in neuerer Zeit mehrfache Statistiken nähere Aufschlüsse gegeben.

Und wenn ihnen auch der Mangel anhaftet, dass in dem Material der Kliniken hauptsächlich wohl nur die schwereren Fälle der Ovarientumoren Platz zu finden pflegen, weil die einfacheren Ovariotomieen oft in Privatanstalten oder von Privatärzten operirt werden, so bleibt doch die Thatsache bestehen, dass in einer viel grösseren Zahl von Fällen Ovarialgeschwülste maligner Natur sind. Ergiebt sich doch aus den Statistiken, dass jedes vierte bis sechste Kystom ein bösartiges ist.

Während Spencer Wells das Verhältniss der soliden malignen Geschwülste zu den Kystomen noch mit 1,5% berechnete, fand schon Schröder in 16,6% seiner Ovariotomieen maligne Tumoren. Leopold[1]) verzeichnet unter 116 Ovariotomieen 26 = 22,3% maligne, B. S. Schultze[2]) von 33 : 9 = 27% und Freund[3]) fand unter 166 operirten Ovarientumoren 36 bösartige = 21,6%. mit Ausschluss der Papillome : 20 = 12,1%.

Die Häufigkeit der einzelnen Tumorenarten mit Bezug auf ihre Malignität ergiebt sich aus folgenden genaueren Tabellen:

Flaischlen fand unter 102 Ovarientumoren 13 anatomisch maligne und zwar waren

*) Neuestens sind 2 weitere Fälle veröffentlicht von Rosthorn (Arch. f. Gyn. Bd. 41) und von Müller (Arch. Bd. 42.)

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1887.

[2]) Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüring. 1887.

[3]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 17 H. 1.

von 69 glandul. Kystomen 4 = 5,8% carcin. degenerirt.
„ 14 papill. „ 2 = 14% „ „
7 mal perforirten die papill. Wucherungen.
Von 5 Dermoïdk. wies 1 carcin.
1 sarcomat. Degeneration auf.
Dazu kommen 5 Sarcome d. Ovarium.

Haas[1]) constatirt unter 53 Ovarientumoren 6 = 11,3% maligne und zwar 3 Sarcome und 3 Carcinome.

Cohn[2]) fand unter 600 von Schröder operirten Tumoren 100 bösartige und zwar

15 Kyst. prolif. gland. carcinomat.
50 „ „ papill., davon 20 maligne, 8 suspecte.
2 Dermoïdcarcinome.
1 „ sarcom.
10 Sarcome.
17 Carcinome.
5 Myxome.

Cohn geht in Bezug auf Annahme der Malignität am weitesten. Er rechnet alle Papillome, ferner auch die Myxome zu den bösartigen Tumoren, unterscheidet bei den Papillomen jedoch die exquisit malignen von den suspecten und den gutartigen.

Zum Schluss möge die neueste Statistik von Olshausen[3]) hier noch Platz finden, die er in einem Bericht „über die Laparatomien an der Univ.-Frauenklinik zu Berlin während der Jahre 1887—1890“ aufstellt. Von 296 Ovariotomien hat er

33 papilläre Kystome
10 Fibrome und Fibrosarcome
19 Carcinome
1 Teratom

angetroffen.

Er betont besonders das erschreckend häufige Vorkommen der Carcinome und bemerkt dabei, „dass die 19 angeführten Fälle noch lange nicht die Hälfte der vorkommenden Carcinomtumoren repräsentiren. Bei 22 Fällen, wo meist Carcinom der

[1]) Diss. München 1882.
[2]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 12.
[3]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 20.

Ovarien vorlag, wurde wegen schon vorhandener Metastasen nur eine unvollkommene Exstirpation vorgenommen oder auch die Bauchhöhle sogleich wieder geschlossen. Und endlich wurden einige noch weiter vorgeschrittene Carcinomfälle mit constatirbaren Metastasen überhaupt nicht operativ angerührt. Alle diese zusammengerechnet betrug die Zahl der carcinomatösen Ovarialgeschwülste gewiss 15 %, von einer solchen Frequenz hat man früher, wo die Ovarientumoren weniger genau anatomisch untersucht wurden, keine Ahnung gehabt."

Die Sarkome*) sind nach Virchow äusserst selten, noch seltener ist die sarcomatöse Entartung der Kystome.

Das Carcinom dagegen nimmt mit Vorliebe seinen Ausgangspunkt von schon cystisch degenerirten Ovarien, während die Erweichung oder Vereiterung primärer Carcinome nur selten stattfindet.

Dass die Papillome besonders die Tendenz zur Degeneration zeigen, ist schon früher auseinandergesetzt. Die Tabelle von Cohn, wo von 50 Papillomen 20 sicher malign sind, giebt darüber Aufschluss. —

Bei einer so überaus grossen Frequenz maligner Ovarialtumoren hat man bei der Diagnose eines Ovarialtumors Malignität gewiss stets vor Augen zu halten.

Ist sehr grosser Ascites vorhanden, macht sich eine rasch zunehmende Kachexie: Abmagerung, Mattigkeit, Hinfälligkeit, Oedeme etc. bemerkbar, zeigt die Geschwulst selbst ein rasches und bedeutendes Wachsthum, so ist der Verdacht einer malignen Geschwulst stets gerechtfertigt.

Zu diesen drei Cardinalsymptomen einer malignen Geschwulst kommen als Erkennungszeichen für reines Carcinom noch hinzu: Solidität eines derben, meist höckerigen Tumors, Doppelseitigkeit meist, aber nicht immer. (Olshausen fand von 52 : 26, Lerch von 22 : 14, Leopold von 63 : 33 doppelseitig, dagegen Cohn von 11 gar keinen); ferner sehr frühes Auftreten von Ascites und Hydrops der unteren Extremitäten, auch schon bei kleinen Tumoren. Nach Freund soll Hydrothorax ein häufiges und frühes Symptom sein. Schmerz-

*) Die Greifswalder Dissert. von Viering stellt 45 bis 1891 in der Literatur bekannte Fälle zusammen.

haftigkeit und Kachexie entwickeln sich dagegen erst später. Die Schmerzen rühren anfangs wohl mehr von der begleitenden Peritonitis her, als von der Empfindlichkeit der Geschwulst selbst.

Das Wachsthum ist überhaupt im Anfang ein sehr langsames, und der Beginn meist latent. Erst das Auftreten von Ascites führt die Patientinnen zum Arzt. In späteren Stadien kommen dann zahlreiche Metastasenbildungen, besonders im Douglas und in der Leber hinzu: das Fühlen von weichen, zerdrückbaren Massen ist dann ein sicheres Zeichen für Carcinom. Schon sehr früh dagegen treten Verwachsungen auf.

Differente Meinungen bestehen über die Verwerthbarkeit voraufgegangener Menstruationsanomalien für die Diagnose. Nach Freund sollen sie nicht characteristisch sein, nach Cohn soll höchstens das frühe Auftreten der Menopause ein verwerthbares Merkmal bilden, nach Lerch[1]) und Meinert[2]) dagegen, und wie ich hier schon anfügen will, auch nach unsern Fällen sind Menstruationsstörungen doch fast regelmässig voraufgegangen. Ebenso bestehen in Bezug auf das Lebensalter abweichende Beobachtungen. Olshausen, Winckel und Leopold halten besonders das jugendliche Alter, die Zeit der Pubertät, für characteristisch, die meisten anderen Autoren weisen jedoch, gerade wie beim Uteruskrebs, dem climacterischen Alter eine grössere Disposition zu. Es scheint, als wenn die Krankheit, wie das auch Schröder annimmt, vom Lebensalter unabhängig sei, dass aber, wie das ja a priori auch zu erwarten war, dem höheren Alter eine grössere Bedeutung für das Auftreten von Krebs zukommt.

Anatomisch stellt das Carcinom sich meist in diffuser Form dar, am häufigsten ist das Medullarcarcinom.

Die Verbreitung geschieht per continuitatem durch den Stiel auf das Becken-Bindegewebe und auf metastatischem Wege zu den retroperitonealen Lymphdrüsen und zum Peritoneum.

Die nicht so häufigen Sarcome stehen in mancher Beziehung in einem gewissen Gegensatze zu den Carcinomen bezüglich ihrer Erscheinungsweise.

[1]) Archiv für Gyn. Bd. 34. H. 3.

[2]) Archiv für Gyn. Bd. 33: Verhandlungen der gyn. Section deutscher Naturforscher und Aerzte in Cöln 1888.

Sie sind gewöhnlich einseitig, derb, mit glatter Oberfläche, zeigen oft sehr rasches Wachsthum, wohl wegen ihres bedeutenden Reichthums an Blutgefässen; Metastasen und Recidive sind nicht so häufig, wesshalb ihre Therapie relativ günstig ist.

Dass diese Symptome aber durchaus nicht immer zutreffen, das beweisen sehr deutlich unsere eigenen Fälle, die sehr oft gerade die entgegengesetzten Verhältnisse darbieten.

Nach Schröder sind es meist Spindelzellen-, in der Casuistik aber sind besonders viele Rundzellen-Sarcome angeführt.

Verwechslung mit Fibromen, die auch Ascites machen können, ist möglich, aber viel seltener vorgekommen.

Die Stielverhältnisse verdienen noch einige Worte. Wie nämlich die soliden Tumoren sehr characteristisch die Form des normalen Ovarium beizubehalten pflegen, so auch ihre eigenthümliche Verbindung mit den Ligamenten, so dass der Stiel meist sehr kurz und sehr breit ist, weil er hypertrophisch und gefässreicher wird. Er besteht nur aus dem in den Hilus hineinziehenden Mesovarium, während die Tube meist frei am Tumor flottirt, wie am normalen Eierstock.

Maligne Degeneration der Kystome ist schwieriger zu diagnosticiren, ja unmöglich, so lange die degenerirten Partieen im Innern des Tumors lagern. Es ist besonders darauf Gewicht zu legen, dass man bei der Palpation abwechselnd fluctuirende und resistentere Stellen nachweist. Daneben bestehen die andern oben erwähnten Kennzeichen der malignen Geschwulst.

Weil das Kystom gewöhnlich das primäre Leiden ist und erst secundär das Carcinom hinzutritt, so ist der meist schleichende Beginn und der anfangs sehr langsame Verlauf erklärbar; erst in letzter Zeit setzt plötzlich ein rasches Fortschreiten der Geschwulst mit zunehmender Kachexie ein, so dass man erst dann einen sichern Schluss auf die Bösartigkeit derselben machen kann.

Die papillären Kystome sind als solche nur dann zu diagnosticiren, wenn die Papillen durch die Cystenwand in die Peritonealhöhle durchgebrochen sind. Das Palpiren von höckerigen Excrescenzen auf dem Tumor oder das Fühlen von festweichen unregelmässigen Massen, besonders im Douglas (Schnee-

ballenknistern) führt dann oft schon zur Diagnose. Meist sind sie doppelseitig: der intraligamentäre Sitz, der zwar sehr häufig ist, soll aber nicht characteristisch sein. Dazu kommen noch die klinischen Folgeerscheinungen, die auffallend frühzeitig und schwer auftreten sollen. Nach Coblenz[1]) kommen die papillären Geschwülste mehr bei jüngeren Organismen vor wegen ihrer energischeren Productionsfähigkeit, die in dem Aufschiessen der Papillen ihren Ausdruck finden soll. Ebenso soll bei Unverheiratheten grössere Disposition bestehen.

Schliesslich bleibt für alle Fälle noch die diagnostische Punction, die zugleich auch einen therapeutischen Nutzen bringt. Sie stellt aber ein zweischneidiges Schwert vor. Sie mag vielleicht nur noch zum Unterschied von andern nicht ovariellen Tumoren erlaubt sein, dagegen wohl nicht zur Entscheidung über die Frage der Malignität oder Gutartigkeit der Geschwulst. Denn bei ganz soliden Tumoren giebt sie überhaupt kein Ergebniss, und bei den cystischen kann sie wegen Mangels sicherer chemischer oder mikroskopischer Merkmale die Zweifel doch nicht heben, ja sie schadet nur. Coblenz[2]) hat nämlich darauf hingewiesen, dass durch die plötzliche Aufhebung des starken excentrischen Drucks des Kystominhalts die papillären Wucherungen gleichsam künstlich zu maligner Degeneration gezüchtet werden. Doran und besonders Knowsley Thornton[3]), der englische Vorfechter der frühzeitigen Operation, haben gezeigt, dass die Punction zu einer Dissemination und Ueberimpfung von papillären und krebsigen Knoten auf das Peritoneum führen kann.*) Dazu kommen noch allerlei andere üble Zufälle, welche durch die Punction veranlasst werden können: Shok. Blutungen. Vereiterungen, Peritonitis, Blasenverletzungen, Punction des graviden Uterus etc. Auch die Punction des Ascites giebt nicht immer sichere Aufschlüsse.

[1]) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 7.

[2]) loc. cit.

[3]) Schmidt's Jahrbücher. 1887 p. 257.

*) Dahin gehört auch die Beobachtung Leopold's (Deutsche med. Wochenschrift 1887), welcher bei der Operation dicht neben den Verlötungen des Tumors mit der Bauchwand, entsprechend den von früheren Punctionen herrührenden Narben, die üppigsten papillomatösen Wucherungen antraf.

Man kann vielleicht oft Zellentrümmer der malignen Geschwulst und die dafür characteristischen Cholestearinkristalle nachweisen, bei Bestehen von Papillomen soll blutige Flüssigkeit mit characteristischen Epithelien. (polymorphe hohe Cylinderepithelien, oft mit Flimmerbesatz, theilweise fettig degenerirt), oft auch mit ganzen Papillenzotten einen verwerthbaren Befund darstellen — wenn darüber eben nicht auch sehr differente Meinungen der verschiedenen Forscher beständen. (Foulis und Thornton.)

Am sichersten ist jedenfalls die explorative Laparatomie. Sie behebt nicht nur alle diagnostischen Zweifel am besten, sie hat auch einen viel bedeutenderen therapeutischen Werth und entscheidet vor allem am sichersten über die Frage der Operirbarkeit.

Von dem Pessimismus früherer Zeiten, wo das Wort „malign" allein genügte, um die Operation zu verwerfen, wo unter dem Eindruck des Axioms Spencer Wells[1]) „die Prognose der Operation maligner Eierstockgeschwülste ist absolut infaust" nur die Punction erlaubt sein sollte, ist man jetzt mehr auf den kritischen Standpunct gelangt, indem man durch die Explorativincision zunächst feststellt, ob die Operation überhaupt ausführbar und opportun ist oder nicht.

Die Beantwortung dieser Frage knüpft naturgemäss an drei Bedingungen hauptsächlich an: 1. an den körperlichen Allgemeinzustand der Patientin, 2. an den Grad und die Ausdehnung der Verwachsungen und 3. an die Zahl und Verbreitungsweise der Metastasen.

In Bezug auf den ersten Punct sind wohl alle Operateure darin einig, von einer Radicaloperation abzustehen, wenn man hochgradig entkräftete und kachectische Individuen vor sich hat, die so langdauernde, blutige Operationen nicht überstehen können oder so geschwächt daraus hervorgehen, dass sie bald an Entkräftung sterben werden. Soll doch gerade durch bestehenden Marasmus auch das Auftreten septischer Processe begünstigt werden! Und dass bei vielleicht schon bestehender Herzatrophie, bei Myocarditis, mit der Dauer der Operation, und der damit zusammenhängenden längeren Einwirkung des Chloroforms

[1]) Spencer Wells: Diagn. u. chir. Beh. d. Unterleibsgeschw. 1878.

und der Antiseptica die Gefahr des Shoks, des Collapses noch vergrössert wird, ist eine unbestrittene Thatsache.

Aber auch da ist dem Operateur naturgemäss ein Halt geboten, wo unlösbare Verwachsungen und feste Einkeilung im kleinen Becken eine Trennung der Geschwulst unmöglich machen, und die Gefahren einer unvollendeten Operation auch eine partielle Trennung verbieten.

Schröder[1]) sagt in Bezug darauf: „Sind aber Knoten im Douglas-Raum zu fühlen oder geht die infiltrirte Basis der Geschwulst in das Beckenbindegewebe hinein, so hat die Operation keinen Nutzen mehr, und der Versuch zur radicalen Entfernung beschleunigt nur das unvermeidliche Ende". Er erinnert an zwei von Cohn angeführte Fälle, wo durch die Operation die Carcinom-Recidivirung geradezu beschleunigt wurde. Es handelte sich da freilich um Medullarkrebse, welchen im Gegensatz zu den anderen malignen Geschwülsten eine besondere Recidivfähigkeit zukommt.

Von Schröder u. A. wird auch besonders vor den Gefahren einer unvollendeten Operation gewarnt. Von Ruge wird dagegen diese Gefahr für nicht so bedeutend gehalten.

Bei Gelegenheit der Discussion über Cohn's Vortrag: „Die bösartigen Geschwülste des Eierstocks" bei den Verhandlungen der Gesellschaft für Gyn. und Geburtshülfe erwähnt er einen Fall von einem grossen Ovarien-Carcinom, wo er wegen untrembarer Adhaesionen ein grosses Stück im Becken zurückgelassen hat und trotz der unvollständigen Operation ein Aufhören der enormen Schmerzen erzielte. Die Patientin starb erst nach 5 Monaten.

Und Cohn führt eine unvollendete Operation an bei Carcinom, wo 6 Jahre lang absolutes Wohlbefinden bestanden hatte und erst nach 10 Jahren der Tod erfolgte.

Immerhin scheinen das doch nur Ausnahmefälle zu sein. Bei den starken Blutungen, die bei der Abtrennung des so brüchigen Carcinomgewebes entstehen, sind die Gefahren einer unvollkommenen Blutstillung, einer Nachblutung mit ihren Folgezuständen so verhängnissvolle, dass man die Warnung fast aller Operateure wohl für berechtigt erklären muss.

Erreicht man doch auch schon durch die Incision einen genügenden Erfolg, wenn durch Ablassen des Ascites die Be-

[1]) Handbuch. p. 527.

schwerden gemildert werden. Da bringt die unvollständige Excision des Tumors gar keine weiteren Vortheile mehr.

Das dritte Kriterium der Operirbarkeit bildet die Metastasenbildung. Darüber weichen nun die Meinungen der verschiedenen Operateure am meisten von einander ab.

Am weitesten ist in den letzten Jahren Freund[1]) gegangen. Er stützt sich dabei auf überaus glückliche Erfolge und hat dieselben auch theilweise durch plausible theoretische Betrachtungen zu begründen vermocht. Er führt die Radicaloperation im weitesten Sinne des Wortes aus, schrickt nicht zurück vor der verbreitetsten Metastasenbildung, er entfernt von den bösartigen Neubildungen alles, was nur zu entfernen ist: er resecirt Netz, Darmstücke, durchtrennt Stränge, welche zur Unwegsamkeit des Darmes führen und sucht alle nur erreichbaren secundären Knoten ebenfalls zu excidiren.

Und die Erklärung für seine auffallend günstigen Resultate — er hat von 12 malignen Tumoren mit zahlreichen umschriebenen oder generalisirten Metastasen nur 1 Fall verloren und bei den übrigen dauerndes Wohlbefinden von 7 Monaten bis zu 2 Jahren erzielt — die Erklärung dafür findet er in dem Umstande, dass er durch Ausrottung des primären Tumors oder gar der secundären Knoten zugleich, durch vollständiges Ablassen des Ascites und Beseitigung aller sonstigen vorhandenen oder noch drohenden Folgezustände eben alle durch das Carcinom, welches ja an und für sich nicht zum Tode zu führen braucht, hervorgerufenen secundären Erscheinungen zu beseitigen sucht und dadurch einen widerstandsfähigen, functionsfähigen Organismus von neuem herstellt.

Speciell sollen nach Freund die secundären Knoten im ante- und retrouterinen Raum, sie seien auch noch so zahlreich, die Operation nicht contraindiciren. „Diese in den tiefstgelegenen Abschnitten der Peritonealhöhle gelegenen Knoten sind nämlich einfach abgebröckelte Partieen des primären Gewebes, die sich dem Peritoneum implantiren, sich nicht weiter entwickeln, also klein bleiben, zeitig zerfallen. Sie sind durch ein derbes, fibröses, gefässloses Gewebe, welches für das Weiterschreiten

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 17.

des Carcinoms gleichsam eine feste, unüberschreitbare Barrière bildet, mit ihrer Unterlage fest verbunden. Beim Ablösen von derselben entsteht keine Blutung, und das basale Gewebe, welches also keine Krebsmasse enthält, schrumpft, flacht sich ab. Aehnlich sind die Blutcoagula im retro- oder anteuterinen Raum durch gefässloses Bindegewebe auf der Serosa fixirt, so dass nur der bröckelige Theil entfernt wird, während die Basis sitzen bleibt. Von solchen secundären Geschwulstknoten sind also die eigentlichen Metastasen zu unterscheiden, die durch ein reiches Gefässnetz und durch kleinzellige Infiltration der Umgebung ein Weiterdringen und raschen Zerfall des Krebses begünstigen."

Die mitgetheilten überraschend günstigen Operations- und Heilungserfolge von Freund würden ohne weiteres die Erweiterung der Indicationen zur Ovariotomie auch auf verbreitete Krebsfälle rechtfertigen, wenn man sich des Eindrucks erwehren könnte, dass dieselben doch wohl nur ganz vereinzelte und zufällig so glücklich verlaufene Fälle repräsentiren.*) Es müssen jedenfalls erst weitere Erfahrungen auch von andern Operateuren über die wirkliche Anwendbarkeit dieser radicalen Operationsmethode Entscheidung bringen.

Eine mir vom Jahre 1890 vorliegende Statistik Olshausens[1]) bestätigt die optimistische Auffassung von Freund, nach dessen Methode die Operationen ausgeführt und die Indicationen sehr weit gestellt waren, durchaus nicht. Olshausen hat von den papillären Geschwülsten 18% von den Fibromen und Fibrosarkomen 50%, von den Carcinomen 47% Mortalität zu verzeichnen. Er wirft die Frage auf, ob nicht durch den operativen Eingriff und alles, was damit zusammenhing, der Tod an Marasmus beschleunigt worden sei. Die günstigen Fälle, wie sie Freund beschreibt, möchte er eher für Ausnahmen gelten lassen. Und so kommt er zu dem Schluss, dass, wo feste unbewegliche Massen im Douglas fühlbar sind.

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20.

*) Nach gütiger brieflicher Mittheilung des Herrn Dr. H. Freund werden die von ihm aufgestellten Grundsätze in der operativen Behandlung maligner Eierstocksgeschwülste an d. Strassb. Univ.-Klinik auch weiter befolgt und haben auch weiter zufriedenstellende Resultate ergeben.

es bei zweifellosem Carcinom wohl meist gerathen sei, von einer Laparatomie abzusehen.

Andrerseits kann man den Deductionen von Freund auch entgegenhalten, dass gerade bei der Neigung der Carcinome sehr bald wirkliche Metastasen zu machen, die Möglichkeit, es könne sich um einfache Implantationen der primären Geschwulst handeln, doch nur eine sehr beschränkte ist.

Freilich sind auch noch von andern Operateuren ganz vereinzelte überraschende Erfolge mitgetheilt worden, die aber theilweise auf andere Gründe zurückgeführt werden.

So weist Flaischlen[1]) in den Verhandlungen der Gesellschaft für Gyn. und Geb. zu Berlin 1890 auf Grund eines Falles, in dem bei einem doppelseitigen papillären Kystom mit Excrescenzen auf der Oberfläche nach 3 Jahren noch kein Recidiv aufgetreten war, darauf hin, „dass Peritonealmetastasen papillärer Tumoren nach Entfernung der inficirenden Geschwülste lange Zeit stationär bleiben oder sich vollständig zurückbilden können, besonders wenn die entfernten Tumoren anatomisch noch gutartig waren.“ Und in einem anderen Fall, wo ein papill. carcinomat. Kystom, ein Psammocarcinom, bestand, entwickelten sich die papillären Wucherungen im Douglas innerhalb 3 Jahren nicht weiter, um ganz langsam erst in 8 Jahren die universelle Infection des Peritoneum mit Metastasen zu machen. Die Ursache für das langsame Wachsthum der Metastasen war hier wohl der ausgesprochen psammöse Character des Tumors. Ferner hat Leopold[2]) in einem Fall von doppelseitigem papill. Kystom, wo zahlreiche Adhaesionen vorhanden waren und das Peritoneum warzige Excrescenzen trug, durch sorgfältige Exstirpation des Tumors und Abschabung der Metastasen Heilung von $3^1/_4$ Jahren erzielt.

Auch von anderen Autoren sind ähnliche Beobachtungen gemacht worden, so von Sutugin[3]), welcher auch bei partieller Entfernung Stillstand der Dissemination der Peritonealpapillome eintreten sah; von Frank L. Burt[4]), der bei massenhafter Aussaat über das Peritoneum, und von Theilhaber[5]), der trotz zahlreicher Wucherungen auf der Darmserosa durch die Exstirpation des papillären Ovarialkystoms, ohne dass die Knötchen auf dem Darm abgeschabt wurden dauernde Heilung erzielte.*)

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 18.
[2]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 18.
[3]) Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 409.
[4]) Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 373.
[5]) Münchener medic. Wochenschrift 1893 p. 286.
*) Vgl. auch Fall Nr. 18 aus unseren Krankengeschichten.

Düvelius dagegen exstirpirte ein doppelseitiges Papillom, in welchem weder die Drüsen noch das Peritoneum ergriffen waren, und doch erfolgte schon nach $3^1/_2$ Monaten ein Recidiv mit Carcinom des Peritoneum und nach 5 Monaten der Tod.

Es geht also aus dem Angeführten hervor, wie verschiedene Verhältnisse die malignen Tumoren darbieten können, Verhältnisse, für welche uns oft jede Erklärung fehlt.

Einen viel skeptischeren Standpunkt in der Frage der Operirbarkeit der malignen Tumoren nimmt Olshausen in seinem grundlegenden Werke über Krankheiten der Ovarien[1]) ein. Er sagt da: „Sind zahlreiche Metastasen auf dem Bauchfell oder Netz oder gar den Därmen vorhanden, so wird niemand mehr eine Exstirpation auch nur des ovariellen Tumors befürworten. Ich würde mich aber auch der Operation nicht mehr unterziehen, wenn ich auch nur auf Blase und Darm je eine Metastase entdeckte, also genöthigt wäre, beide Hohlorgane zu reseciren."

Kaltenbach[2]) geht noch weiter und will nur bei frei beweglichem Tumor, wenn die Drüsen noch frei sind, operiren.

Braun[3]) will, da er in 7 Fällen theils nach der Probeincision, theils nach dem Versuch der Exstirpation jedesmal den Tod erfolgen sah, maligne Tumoren in Zukunft überhaupt nicht mehr operiren. Doch können die von ihm angeführten Fälle kaum gegen die Operation maligner Tumoren überhaupt sprechen, da es sich um besonders schwierige Fälle gehandelt haben soll.

A. Martin[4]) lehnt die Operation ab, wenn das Carcinom nicht mehr auf das Ovarium isolirt erscheint, also sobald er bei der Explorativ-Incision ein inficirtes Peritoneum findet.

Cohn[5]) beantwortet die Frage der Operabilität dahin: „Zeigt der Tumor nur einigermassen freie Beweglichkeit, und sind die retroperitonealen Drüsen nicht hochgradig infiltrirt zu fühlen und sind auch sonst keine gröberen malignen Massen auf dem Bauchfell nachzuweisen, kurz, scheint die Opera-

[1]) Deutsche Chirurgie 1886 p. 439.
[2]) Operative Gynaek. 1881.
[3]) Virchow-Hirsch Jahresber. 1888.
[4]) Path. u. Ther. d. Frauenkrankh. 1885. p. 393.
[5]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12. p. 33.

tion keine grösseren Schwierigkeiten darzubieten, als eine complicirtere gewöhnliche Ovariotomie, so dürfte ihr nichts weiter im Wege stehen als etwa die Furcht vor einem schnellen Recidiv, welches ihren Erfolg illusorisch machen würde. Der zweite Grad der Ausbreitung indicirt zunächst die Explorativ-Incision, und erst der dritte, wo von vornherein die Möglichkeit einer Ausführbarkeit der Operation fehlt, bleibe unberührt.“ Und in der sich an dessen Vortrag anschliessenden Discussion[1]) äussern sich mehrere Operateure in ähnlichem Sinne.

So besonders Schröder: „Er räth die Laparatomie grundsätzlich stets zu machen, auch bei wahrscheinlich nicht radical zu operirenden Fällen, da die Kranken neue Hoffnung schöpfen und durch Beseitigung des Ascites von ihren Beschwerden theilweise befreit werden. Eine Explorativincision sei ungefährlich, jedoch von einer unvollständigen Operation sei sehr abzurathen.“

Und auch Ruge[2]) befürwortet besonders die Probeincision, ebenso Fritsch[3]) Er meint, selbst für die wenigen Fälle, wo bei dem heutigen Stande der Technik der Tumor als ganz inoperabel erscheinen müsste, wo das Carcinom das Becken ausfüllt, unbeweglich fest am Knochen haftet, wo der Uterus in der Carcinommasse gar nicht zu finden ist, ja wo ein Theil des Uterus in Carcinom verwandelt ist, selbst da sei die Probeincision erlaubt, um die thatsächliche Unmöglichkeit der Entfernung zu erweisen. Dann solle man aber zur rechten Zeit aufhören, ehe man den Tumor zerfetzt und grosse blutende Wundflächen geschaffen hat.

Die Frage, ob Punction oder Probeincision vorzuziehen sei, ist von den meisten Autoren jetzt wohl zu Gunsten der letzteren entschieden worden.

Zwar sagt Olshausen in seinem Handbuch über die Krankheiten der Ovarien (p. 439): „Von den palliativen Mitteln bei Carcinoma ovarii ist die Punction des begleitenden Ascites

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12. p. 438.

[2]) l. c.

[3]) Bericht über die gyn. Operationen in d. Bresl. Frauenkl. 1891/92.

das wichtigste. Dieselbe wird zwar meist nach kurzen Zwischenräumen wieder nöthig, kann aber den Kranken gerade in solchen Fällen ungemeine Erleichterung verschaffen und durch Herbeiführung von Schlaf und Appetit auch unzweifelhaft das Leben verlängern."

Dem gegenüber steht aber ein oft längeres Wohlbefinden, welches die in bewusst palliativem Sinne ausgeführte Incision den Kranken verschafft.

Andrerseits stehen auch noch andere Bedenken der Punction entgegen. Abgesehen davon, dass bei ihrer Ausführung manche Complicationen entstehen können, auf welche schon früher hingewiesen wurde, auch davon, dass sie, wie ebenfalls schon betont, in Bezug auf Stellung der Diagnose und auf Entscheidung der Operirbarkeit nur sehr mangelhafte Resultate ergiebt, liegt auch darin ein Nachtheil der Punction, dass die Bauchhöhle niemals vollkommen entleert wird, dass ein gewisses Quantum Flüssigkeit zurückbleibt und das Peritoneum dauernd zu erneuter Secretion reizt. Infolgedessen werden dann wiederholte Punctionen nöthig, die von einzelnen Autoren in unglaublich hoher Anzahl gemacht sein sollen. Andererseits werden durch dieselben dem schon ohnedies sehr geschwächten Körper grosse Mengen Eiweiss entzogen.

Freund legt besonders deshalb auf die Laparatomie so viel Gewicht, weil nur durch sie eine vollständige Austrocknung des Peritoneum, in welcher er den Schlüssel zur Erklärung seiner guten Resultate finden will, zu erzielen ist. Er stellt die Entfernung des Ascites durch Laparatomie mit peinlichster Peritonealtoilette dem Vorgehen bei einf. chronischer oder tuberculöser Peritonitis gleich, wo auch durch möglichste Austrocknung der Bauchhöhle vortreffliche palliative oder sogar radicale Heilerfolge erzielt werden.

Wo also auch eine Radicaloperation von vornherein ausgeschlossen ist, über welche die Explorativincision allein genauesten Aufschluss geben kann, da schwäche man nicht den ohnedies schon hinfälligen Körper der Patientin mit zahlreichen Punctionen, sondern mache sofort die Explorativincision resp. Palliativlaparatomie. Den Patientinnen flösst man neue Hoffnungsfreudigkeit ein, die, wie die meisten Resultate gezeigt

haben, nicht so bald durch ein erneutes Ansammeln von ascitischer Flüssigkeit getrübt wird, man gewährt ihnen eine Daseinsverlängerung um Monate und Jahre und, was die Hauptsache ist, erzielt eine solche Milderung oder Besserung der Beschwerden, dass für die kurze Spanne Zeit, die den Armen noch geschenkt werden kann, ein erträgliches Dasein ermöglicht wird.

Nicht allein von Freund, sondern auch von Olshausen[1]), Leopold und Martin sind diesbezügliche Fälle mitgetheilt worden. Auch Fritsch[2]) hat selbst in verzweifelten Fällen einige Male einen gewissen Nutzen von der Operation beobachtet. Er weist u. a. darauf hin, dass z. B. während der Heilung der Wunden die Neubildung so in Schwarten und Adhaesionen eingebettet wird, dass sie mechanisch am Wachsthum gehindert ist. Selbst partielle Operation sei gerechtfertigt. Es liegt z. B. oft ein gelappter Tumor zwischen grossen Massen Ascites. Da nun der Tumor doch der letzte Grund des Ascites sei, so wird durch Entfernung eines Theils des Tumors auch ein Theil des Reizes auf das Peritoneum fortgeschafft.

Statt der traurigen Ausgänge der nicht operirten Fälle, wo die zunehmende Abmagerung und Kachexie, Athemnoth, Oedeme, Erbrechen schliesslich den Tod an Erschöpfung, ausgebreiteter Peritonitis, Lungenoedem oder Komplicationen, wie Hydronephrose, Dyspnoe herbeiführten, tritt Erholung ein und Verschontbleiben von Ascites: und später wiederholen sich alle die quälenden Symptome nicht mehr in demselben hohen Grade wie vorher. — Durch die Entlastung des Körpers vom Ascites wird der Organismus gleichsam wieder von neuem belebt: indem das Zwerchfell wieder heruntersteigt, dehnen die Lungen sich wieder aus, der Druck auf Magen, Darmkanal, die Ureteren und die grossen Gefässe des Unterleibs lässt nach. Eine ausreichende Athmung, eine unbehinderte Nahrungsaufnahme und Verdauung, eine ungestörte Circulation stärken und beleben den Organismus von neuem, so dass er dem verderblichen Einflusse des Krebses einen erneuten Widerstand entgegensetzen kann. Je nach der ursprünglichen Kraft des Körpers und nach der Aus-

[1]) Krankh. d. Ovarien p. 430.

[2]) l. c.

breitung und Wachsthumsgeschwindigkeit der malignen Geschwulst wird dieser Widerstand des Körpers dann früher oder später gebrochen. —

Dass es sich sowohl bei der Explorativincision als bei der vollendeten Ovariotomie bezüglich der Heilresultate nur um Daseinsverlängerung um Monate oder höchstens einige Jahre handeln kann, ist bei der Schwere der Krankheit natürlich und erklärlich. Es wird immer nur in palliativem Sinne ein Erfolg zu erzielen sein, gerade wie auch bei dem nicht minder unheilvollen Krebs des Pylorus, des Darms oder des Larynx dem Streben des Operateurs nur ein bescheidener Erfolg gewährt ist. In diesem Sinne müssen auch die nachfolgenden Heilungsresultate einiger Operateure betrachtet werden.

Cohn[1]) hat in seiner Zusammenstellung der 100 von Schröder operirten malignen Tumoren eine Mortalität von 20% aufzuweisen, während 15% an Recidiv gestorben sind. Denen kann er aber 19% Radicalheilungen gegenüberstellen, und in 19,5% der Fälle war eine Verlängerung der Lebensdauer von über 1 Jahr zu constatiren, ohne dass ein Recidiv aufgetreten ist. Von 38% fehlte nähere Nachricht.

Leopold[2]) hat von 20 malignen Tumoren 4 definitiv geheilt und 4 Todesfälle im Anschluss an die Operation zu verzeichnen gehabt. 3 waren nach einem Jahre noch ohne Recidiv, in 9 Fällen traten innerhalb eines Jahres Recidive ein.

Also bei beiden besteht dasselbe Verhältniss der Radicalheilungen zu den Todesfällen infolge der Operation: beidemale annähernd 20%.

Flaischlen constatirt sogar von 20 malignen Tumoren 10 Heilungen, in 6 Fällen trat Tod oder Recidiv ein, 4 Fälle sind unbekannt in ihrem weiteren Verlaufe.

Olshausens Resultate sind bereits auf Seite 24 mitgetheilt. Sie sind nicht so günstig und ihnen schliessen sich die, welche Lerch[3]) mittheilt, an: Bei 22 Carcinomen des Ovarium sind 5 vollendete Operationen gemacht mit nur 1 Hei-

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12
[2]) Deutsche med. Wochenschrift 1887.
[3]) Arch. f. Gyn. Bd. 34.

lung ohne Rückfall. Dreimal wurden unvollendete Operationen unternommen mit 3 Todesfällen.

Aus den verschiedenen Tabellen ergiebt sich, dass die Sarkome im allgemeinen die günstigsten Chancen geben, sowohl in Bezug auf Heilung als auf Recidive. Dass das aber nicht immer zutrifft, beweist die letzte Statistik von Olshausen und unsere eigene. (s. p. 38.)

Nach Flaischlen recidiviren besonders schnell die carcinomatös degenerirten glandulären Kystome, nach Cohns Zusammenstellung haben die Papillome die kürzeste Heilungsfrist.

Nach Doran sollen die sarcomatös degenerirten Dermoïdtumoren als ganz besonders bösartig anzusehen sein, nach Cohn dagegen mehr die carcinomatösen Dermoïde.

Nachdem ich nun im Vorhergehenden über Vorkommen, Erscheinungsweise und Operirbarkeit der malignen Ovarialgeschwülste einige Angaben gemacht habe, sei es mir gestattet, über die in den letzten Jahren in der hiesigen Klinik von Herrn Hofrath Dr. Kehrer operirten Fälle von malignen Ovarialtumoren zu berichten.

Auch wir können das oft betonte häufige Vorkommen bösartiger Tumoren constatiren, wie folgende kleine Statistik darthut.

Bei 105 ausgeführten Ovariotomien handelte es sich um

4 Hydrops follicularis,
50 glandul. Kystome,
18 Parovarialkystome,
9 Dermoïdcysten,
7 Papilläre Kystome und zwar
  3 gutartige.
  1 suspect.
  3 maligne (2 carcin., 1 sarcom.),
1 Kolloidkystom mit Metastasen (suspect).
1 Kystosarkom,
5 Sarkome,
4 Kystocarcinome,
4 Carcinome.

Ausserdem noch: 1 Fibrom,
1 Tuberculosis ovarii.

Wenn wir von den Papillomen die 3 anscheinend gutartigen ausschliessen und nur die als maligne rechnen, welche durch ihre ausgedehnte Metastasensetzung nicht allein ihre klinische Malignität documentiren, sondern auch den Verdacht ihrer anatomischen Malignität gerechtfertigt erscheinen lassen, so können wir also 19 maligne Geschwülste auf 105 Ovarientumoren rechnen = 18,1% . Die 3 Papillome mit eingerechnet (wie es von vielen Autoren geschieht), würde einen Procentsatz von 21 ergeben. Das entspricht vollkommen der auf p. 15 beleuchteten Frequenz anderer Ovariotomisten.

Bezüglich des Alters der Patientinnen können wir insofern einen kleinen Unterschied erkennen, als bei den sarcomatösen Geschwülsten mehr das jüngere Alter in den Vordergrund tritt, während die Carcinomkranken sich in der Mehrzahl im höheren Alter befanden. Jedenfalls ist das höhere Alter und nicht die Pubertätszeit vorherrschend. Es scheint aber doch, als wenn beide Erkrankungen, wie auch Schröder annimmt, in jedem Lebensalter auftreten können.

Es waren nämlich im Alter:

unter	20	Jahren:	1	Sarkom.	1 Carcinom.
von	30—39	„	2	„	1 „
„	40—49	„	3	„	3 „
„	50—59	„	—	„	5 „
„	60—70	„	1	„	— „

Die beiden suspecten Fälle hatten ein Lebensalter von 39 resp. 44 Jahren.

Auffallend ist das relativ häufige Vorkommen der Sarkome, die im allgemeinen für viel seltenere Erscheinungen gehalten werden. Wir haben hier auf 10 Carcinome 7 Sarkome.

Menstruationsstörungen finden wir bei unsern Patientinnen 10 mal verzeichnet, so dass wir diesem Symptom wohl einige diagnostische Verwerthbarkeit zusprechen können. Und zwar bestand 6 mal Amenorrhoe seit $^1/_4$ –$1^1/_2$ Jahren. Interessant ist Fall 1, wo seit $1^1/_2$ Jahren die Periode verloren war, wo aber zweimal während dieser Zeit Blutungen aus dem

Uterus auftraten. Ebenso erschienen im Fall 11 Blutungen aus Uterus und After.

Auf dieses Verhalten der Uterusschleimhaut bei Erkrankungen der Adnexa hat in letzter Zeit A. Czempin[1]) hingewiesen. Er sieht die atypischen Blutungen als die Folge einer durch den dauernden Reizzustand von seiten der Adnexe bedingten und unterhaltenen arteriellen Congestion an, wodurch eine der hyperplastischen Endometritis Olshausens entsprechende wirkliche Veränderung der Uterusschleimhaut: eine Endometrit. fungosa consecutiva entstehen solle.

Dagegen sind im Fall 14 die bestehenden Blutungen auf das gleichzeitige Bestehen des Portiocarcinoms zurückzuführen. Wir haben hier den sehr seltenen Fall eines primären Portiocarcinoms und eines secundären Ovarialcarcinoms, selten deshalb, weil nach Reichel[2]) meist nur bei Carcinom des Uteruskörpers ein Uebergreifen auf die Nachbarschaft oder eine gleichzeitige Erkrankung des Ovarium stattfindet, selten auch deshalb, weil ein secundäres Ovarialcarcinom nicht häufig beobachtet wird. Ist es doch ein allgemein gültiger Erfahrungssatz, dass Organe, welche primär relativ häufig von Carcinom befallen werden, sehr selten metastatisch erkranken. Hier aber sprechen die seit $^1/_4$ Jahr bestehenden anhaltenden Blutungen, die Ausdehnung der Erkrankung des Endometrium gegenüber der Kleinheit des Ovarientumors eher für ein längeres Bestehen des Gebärmutterleidens und eine spätere und dann wahrscheinlich metastatische Affection des Ovars. Natürlich ist doch auch die Möglichkeit einer völlig unabhängigen Erkrankung beider Organe nicht ganz von der Hand zu weisen, umsomehr, da wirkliche Metastasen von Gebärmutter- resp. Eierstockskrebs viel häufiger andere Organe befallen als gerade Ovarium oder Uterus. Auch der umgekehrte Fall, dass bei bestehendem Ovarialcarcinom das Endometrium secundär erkrankt, kommt vor. Es handelt sich da nach Reichel wohl „um die Verschleppung eines Krebskeimes vom Eierstock aus durch die Tube, welcher nach

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 13.

[2]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 15.

Art des befruchteten Eies in den Uterus gelangt und da eine locale Infection, eine Art Impfung des uns noch unbekannten Carcinomvirus erregt."

Es sind von Reichel 7 hierher gehörige Fälle mitgetheilt worden, und bei den Verhandlungen der Gyn. Gesellschaft zu Berlin am 29. Mai 1891 demonstrirte Gebhard[1]) einen andern diesbezüglichen Fall, wo ein carcinomatös degenerirtes Papilloma ovarii in der Tube, im Cervix und an der Portio uteri Metastasen gesetzt hatte.

Die Mahnung Reichels, bei bestehendem Ovarialcarcinom auf das Verhalten des Uterus zu achten, und, wenn Blutungen und Ausfluss bestehen, zu curettiren und mikroscopische Untersuchung der ausgeschabten Schleimhautstückchen zu machen, ist darnach wohl berechtigt. Andrerseits kann bei bestehendem Uteruscarcinom die Stückchendiagnose auch wohl einen Rückschluss auf die Natur eines zugleich vorhandenen Ovarientumors erlauben.

Reichels Rath, einer wegen Uteruskrebs vorgenommenen Uterusexstirpation stets d. h. auch bei palpatorisch nicht nachweisbarer Vergrösserung der Ovarien die Castration anzuschliessen, wird auch unterstützt durch eine Beobachtung von Sänger[2]) welcher nach Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus im Verlaufe von 1 Jahr ein Carcinoma ovarii auftreten sah. Und Littauer[3]) hat gefunden, dass bei 15% der an Uteruskrebs Gestorbenen sich Ovarialcarcinom findet.

Interessant bezüglich der Frage, ob primäre oder secundäre Affection des Ovarium anzunehmen, war besonders auch der Fall No. 6. Bei der Section fand sich nämlich ein Carcinom der Gallenblase, so dass man anfangs den Ovarientumor für ein secundäres Carcinom erachtete, umsomehr als die Aussaat von Knötchen auf dem Bauchfell einer miliaren Carcinose sehr ähnlich sah. Die mikroskopische Untersuchung aber ergab ein Sarcom des Ovarium, und die Knötchen auf dem Peritoneum waren weder carcinomatöse noch sarcomatöse, sondern einfach fibröse Verdickungen.

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22.
[2]) Centralbl. für Gyn. 1890. p. 557.
[3]) Centralbl. für Gyn. 1891. p. 68.

Im Fall 7 ist das carcinomatöse Kystom wohl als eine secundäre Affection aufzufassen, wenn man bedenkt, wie häufig die primären Carcinome am Pylorus sind.

Von andern zugleich bestehenden Erkrankungen finden wir in drei Fällen phthisische Belastung resp. Lungensymptome angegeben (4, 6, 12), viermal bestand Prolapsus vaginalis (11, 15, 17, 18), im Fall 18 auch eine Hernia inguinalis, zweimal (6, 10) eine Struma, im ersteren Fall Verdacht auf Morb. Basedowii.

In der überwiegenden Mehrzahl finden wir bei unsern Patientinnen voraufgegangene Geburten und Wochenbetten verzeichnet, die fast immer vollkommen normal verliefen. Wir finden nur 2 Unverehelichte auf 17 Verheirathete. Von den letzteren waren:

1 Opara. 1 I par. 3 II parae. 3 III parae. 1 IV para.
1 V „ 3 VI „ 1 VII „ 3 X „

Es scheint fast, als wenn die durch Schwangerschaften und Wochenbetten verursachten Alterationen der weiblichen Geschlechtsorgane einen begünstigenden Einfluss auf das Entstehen von bösartigen Wucherungen ausüben, wie das auch in der Arbeit von Lerch betont wird. Er hat unter 22 Carcinomkranken 18 verheirathete und 4 ledige.

Ein ähnliches Verhältniss ist von Schröder auch für den Uteruskrebs gefunden worden.

Die Entstehung der Geschwulst und ihr Wachsthum wird von den Meisten erst von sehr kurzer Zeit an datirt, so dass anzunehmen ist, dass auch hier die Affection ziemlich lange völlig latent verlaufen ist. So bemerkten ein Anschwellen des Leibes im Verlaufe von

1	Jahr:	3 Patientinnen
3/4	„	2 „
1/2	„	4 „
1/4	„	3 „
6—8	Wochen:	4 „
4	„	2 „

1 mal findet sich keine genauere Angabe.

In fast allen Fällen traten zugleich Beschwerden auf, die hauptsächlich in allgemeiner Schwäche, Abmagerung und leichten gastrischen Störungen bestanden, wie Appetitlosigkeit,

Aufstossen, Erbrechen. In einigen Fällen bestand Obstipation, ferner gesteigerter Urindrang. Schmerzen waren nicht so regelmässig vorhanden. In Fall 2, 4, 5, 10, 14, darunter 3 mal bei Sarkomen, führte allein das schnelle Wachsthum der Geschwulst die Patientinnen zur Klinik, während sonst fast gar keine besonderen Beschwerden vorlagen. Ascites war fast in jedem Falle zu konstatiren, oft sehr bedeutender: $9^1/_2$ lit. (15), 7 lit. (17), 5 lit. (4, 6). Keine oder nur sehr wenig ascitische Flüssigkeit fand sich in den Fällen, wo auch fast gar keine besondern Beschwerden bestanden, so dass die Annahme wohl berechtigt ist, dass weniger die Geschwulst an sich, als vielmehr die durch dieselbe hervorgerufenen Folgezustände es sind, welche den Kranken das Dasein erschweren. Und deshalb hat die von Freund besonders betonte Methodik, hauptsächlich und möglichst ausgiebig die Folgezustände, speciell den Ascites, zu beseitigen, gewiss gute Berechtigung.

Ausgesprochene Oedeme sind 3mal angegeben (13, 17, 19).

Die Tumoren selbst fühlten sich, wenn sie degenerirte Kystome waren, meist derb, höckerig, prall-elastisch an, während die eigentlichen soliden Geschwülste harte Resistenzen darstellten mit theils glatter, meist aber höckeriger Oberfläche, die auch bei den Sarkomen fast durchweg konstatirt werden konnte.

Was nun die Operationen anbetrifft, so wurden ausgeführt:

13 Ovariotomien: doppelseitig,
3 „ einseitig (1, 13, 17)
1 unvollendete Ovariotomie (9)
1 Probelaparatomie (5)
1mal keine Operation (12)

6mal gingen Punctionen voraus, (8, 11, 12, 15, 18, 19). Doch brachten diese stets nur vorübergehend Erleichterung.

Von den soliden Tumoren wurden durch die klinische Untersuchung 6 einseitige, 3 doppelseitige festgestellt, doch wurde mit einer Ausnahme stets die Ovariotomia duplex ausgeführt, da sich während der Operation stets beide Ovarien erkrankt zeigten. Dagegen waren die malignen Kystome 3mal einseitig und 5mal doppelseitig, und die beiden suspecten ebenfalls dop-

pelseitig. Dementsprechend wurde 3mal eine einseitige, 7mal die doppelseitige Ovariotomie ausgeführt. Aus dem Ueberwiegen der doppelseitigen Ovariotomie geht hervor, dass die bösartigen Geschwulstbildungen des einen Ovarium meist eine consensuelle Erkrankung des anderen nach sich ziehen. Es ist bei der Operation desshalb stets auch das andere Ovarium zu untersuchen, und es sollte Regel sein, es stets mit zu entfernen, auch wenn es anscheinend noch gesund ist. Denn es sind Fälle bekannt, in denen das bei der ersten Laparatomie scheinbar noch normal befundene Ovarium nach einiger Zeit ebenfalls kystomatös entartete und eine zweite Operation nöthig machte. Besonders aber bei Frauen im Klimacterium ist die Entfernung auch des zweiten Ovarium unbedingt indicirt. Speciell v. Velits[1]) warnt sehr eindringlich „vor dem übertriebenen Konservatismus in der Behandlung des anderen Ovarium und empfiehlt, es stets mit zu entfernen, um der Nothwendigkeit einer zweiten Ovariotomie, die prognostisch stets ungünstiger sein soll, vorzubeugen.“ Wie viel eher nun bei maligner Erkrankung!

Auch die von Schröder zuerst empfohlene Resection des anderen Ovarium bei partieller Erkrankung desselben darf, wie der Autor selbst erklärt hat, nicht übertrieben werden und soll der vollständigen Exstirpation Platz machen, wenn auch nur der Verdacht einer malignen Erkrankung besteht.

In unsern 3 Fällen von einseitiger Ovariotomie war das andere Ovarium vollkommen normal und wurde deshalb intact gelassen. Eine Patientin starb freilich nach wenigen Monaten an Recidiven, die jedoch noch dem ersten Ovarium zur Last fallen dürften. In den beiden andern Fällen (1 u. 13) war hauptsächlich wohl das jugendliche Alter der Patientinnen mitbestimmend gewesen. Während die erste Patientin sich bis heute des besten Wohlseins erfreut, ohne dass ihr jedoch in ihrer jetzt 3jährigen Ehe Kinder beschert wurden, starb die andere Patientin (13) nach zwei Monaten. Sectionsbefund war nicht zu erlangen.

---

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20.

Was nun die Mortalität anlangt, so sind von 86 Ovariotomien wegen gutartiger Geschwülste — die drei gutartigen Papillome sind mit eingerechnet — 7 letal verlaufen, die sich ausschliesslich auf die glandulären Kystome vertheilen. Für die 19 malignen Geschwülste stellt sich dagegen das Ergebniss erklärlicher Weise viel ungünstiger.

Es sind nämlich infolge des operativen Eingriffs zu Grunde gegangen:

4 Kystocarcinome (7, 8, 15, 16) und
4 solide Sarkome (2, 3, 5, 6).

Und gestorben sind am Recidiv oder an andern Folgezuständen:

1 Kystocarcinom	(9)	nach	3 Monaten.
1 Kystosarkom	(17)	„	2 „
1 Sarkom	(4)	„	$1^1/_4$ „
2 Carcinome	(10 u. 13)	„	2 „
1 suspect. Kolloidk.	(19)	„	5 „
1 inoper. Carcinom	(12)	„	4 „
1 carcin. Kolloidkystom	(11)	„	4 Jahren.

Dem gegenüber haben wir 3 sichere Heilungen zu konstatiren:

1 Kystosarkom	(1)	nach	10 Jahren.
1 Carcinom	(14)	„	$1^3/_4$ „
1 susp. Papillom	(18)	„	$3^1/_4$ „

und im Fall Nr. 11 ist durch die Operation doch 3 Jahre lang ein vollkommenes Wohlbefinden erzielt worden. Dann erst stellten sich wieder Beschwerden ein, denen die Kranke nach 1 weiteren Jahre erlegen ist.

Wir haben also von 19 malignen Tumoren zu verzeichnen:

8 Todesfälle infolge der Operation = 42,1%.
8 „ „ Recidivs = 42,1%
3 definitive Heilungen = 15,8%.

Auffallender Weise zeigt unsere kleine Statistik grosse Aehnlichkeit mit den von Olshausen angegebenen Resultaten, besonders eine grosse Uebereinstimmung in der hohen Mortalitätsziffer der Sarkome, die sonst einer bessern Prognose unterworfen sind. Olshausen fand für Sarkome (und Fibrome) eine Mortalität von 50%, für Carcinome eine solche von 47%; und

wir haben für Sarkome das Verhältniss von 7 : 4 = 57% und für Carcinom das von 10 : 4 = 40% Todesfällen.

Zu diesen Resultaten stehen die von Schröder und Leopold, besonders aber von Freund erreichten Erfolge in einem auffallenden Kontraste, der wohl kaum durch die Annahme einer mangelhafteren Technik erklärt werden kann. Im Gegentheil, diese Divergenz der Operationsresultate hängt gewiss von andern besondern Umständen ab, die in der Natur der Geschwulst und dem Zustande der Patientin gelegen sind. Das schnellere oder langsamere Wachsthum der Geschwulst und der dadurch bedingte Grad der Kachexie, das raschere oder langsamere Auftreten von Recidiven, ferner die örtliche Ausdehnung der Affection, in wie weit lebenswichtige Organe in Mitleidenschaft gezogen sind, und das Bestehen besonderer Komplicationen von seiten der Niere, Blase etc., das alles sind Momente, die ganz ausser dem Bereiche unserer Einwirkung liegen und die wohl mit dazu beitragen, die Prognose der Operationen so verschieden zu gestalten.

Die Erklärung für die ungünstigen Resultate überhaupt liegt aber hauptsächlich wohl in der ganzen Art und dem Verlaufe der Operation selbst.

Da ist es zunächst die lange Dauer der Operation, mit welcher die Gefahr einer Infection proportional steigt. Denn je länger die geöffnete Bauchhöhle der Luft, den Händen und Instrumenten preisgegeben ist, desto eher ist die Möglichkeit einer Einnistung der Mikroorganismen, die ja trotz all unserer Massregeln doch nicht ganz fern gehalten werden können, gegeben.

Und die lange Dauer ist nun wieder bedingt durch die mannigfachen Schwierigkeiten, welche in ganz besonderem Masse den Operationen maligner Geschwülste zukommen.

In fast allen Fällen unserer Zusammenstellung sind diese Schwierigkeiten sehr ausgesprochene. Zunächst kamen viele unserer Patientinnen, die fast alle der ärmeren Klasse angehören, erst in sehr weit vorgeschrittenen Stadien zur Operation, in denen ihre allgemeine Schwäche und Kachexie dem schweren operativen Eingriffe nicht mehr Stand halten konnte. Da waren dann ausgedehnte und feste Verwachsungen zu lösen, und bei dem Versuch, theils stumpf theils mit dem Messer den Tumor

beweglicher zu machen, entstanden leicht Blutungen, welche bei der grossen Brüchigkeit des Carcinomgewebes sehr schwer zu stillen waren. Oder es riss das morsche Cystengewebe ein und der Inhalt trat in die Bauchhöhle und gab im Verein mit den angesammelten Blutungen einen günstigen Boden für Infection ab. Alle diese Verhältnisse trugen in gleicher Weise dazu bei, der Sepsis Thür und Thor zu öffnen. So sehen wir denn auch, dass die meisten unserer Patientinnen an septischer Peritonitis infolge der Operation zu Grunde gingen.

So im Fall 16, wo ein Einreissen des brüchigen Stieles und starke Blutung erfolgt war.

Im Fall 2 wurde Ausschälung der intraligamentär entwickelten Geschwulst aus dem Parametrium nothwendig, ebenso im Fall 3, wo wegen fortwährender Blutung Capillardrainage verwandt werden musste.

Im Fall 6 trat zu der acuten Peritonitis noch hochgradige Darmparalyse hinzu, welche auch als alleinige Ursache schon den Tod herbeiführen kann, wie von Olshausen besonders betont wurde. Die Operation war hier noch complicirt durch eine Cholocystostomie. Sepsis bestand ferner im Fall 15, wo ausserdem allgemeine Peritonealcarcinose vorhanden war.

Die Patientin No. 8 starb an allgemeinem Marasmus, der ja auch das Entstehen von Sepsis begünstigen soll. Ob sie schliesslich den Ausgang herbeiführte, konnte wegen mangelnder Autopsie nicht entschieden werden.

Zweimal trat der Tod plötzlich an Embolie der Lungenarterien ein (5 und 7), eine Affection, welche durch die bedeutenden Circulationsstörungen an der Operationsstelle ausgelöst wird. Vielleicht concurrirt damit aber auch die bestehende Myocarditis, welche den Tod an Herzschwäche herbeigeführt haben kann.

Der erstere Fall (5) ist noch besonders dadurch interessant, dass auch eine vorübergehende Circulationsstörung im Cerebrum eintrat in Form einer Apoplexie. Es musste in demselben Falle von einer Ovariotomie Abstand genommen werden, weil die Probeincision einen fest im Becken durch Adhaesionen fixirten Tumor erkennen liess, der auf keine Weise entfernt werden konnte. Der Umstand, dass keine Operation

vorgenommen wurde, spricht auch eher dafür, dass es wohl die Myocarditis war, welche den Tod herbeiführte, und auch wohl die vorübergehende Apoplexie ausgelöst hat.

Bei den 8 erst nach längerer Zeit verstorbenen Patientinnen zeigten sich ebenfalls bedeutende Komplicationen intra operationem. Starke Blutungen aus dem eingerissenen brüchigen Gewebe traten in den Fällen 9, 11, 19 auf. Im Fall 9 konnte wegen starker Blutung beim Versuch der Ablösung des brüchigen Gewebes nicht einmal alles carcinomatöse Gewebe entfernt werden, und im Fall 19 platzte eine Cyste, deren Inhalt freilich, so gut es ging, von der Bauchhöhle fern gehalten wurde. Ausgedehnte und zahlreiche Metastasen fanden sich besonders in den Fällen 4, 10, 11. Im Fall 13 waren solche nur auf dem Darm vorhanden.

Im Fall 17 traten 6 Wochen nach der Operation zahlreiche sarkomatöse Metastasen und speciell auch ein haemorrhagischer Sarkomknoten in der Bauchnarbe auf, die den Tod herbeiführten. Hier handelte es sich, wie Professor Kehrer[1]) in einem Vortrage „über Laparatomien" erwähnt hat, um eine Infection der Bauchwunde während der Operation. Für alle solche Fälle, wo man einen Uebertritt des Geschwulstinhaltes bezw. dessen Gefährlichkeit für das Bauchfell fürchtet, empfiehlt Kehrer, um den Stiel der Geschwulst in Form einer Manchette einen wasserdichten Stoff zu legen und den so gebildeten Trichter mit Compressen auszufüllen. Dadurch gerät der etwaige Inhalt der Geschwulst zunächst in den Trichter und dann mit diesem nach Abbindung und Durchschneidung des Stieles nach aussen.

Als inoperabel musste der Fall 12 bezeichnet werden, bei dem die Untersuchung ausser vielen Metastasen im Peritoneum noch derbe, der Beckenwand fest aufsitzende Knollen konstatirte. $3^3/_4$ Monate lang hat die Patientin, wenn auch wohl voraussichtlich nicht im besten körperlichen Zustande, noch gelebt. Ob da nicht vielleicht gerade eine Operation die Widerstandskraft des Organismus noch eher gebrochen und entweder

[1]) Verhandlungen der 4. Versamml. d. deutschen Gesellschaft für Gyn. zu Bonn 1891.

sofort oder kurze Zeit nach der Operation den Tod herbeigeführt hätte?

Freilich soll der Operateur trotz der relativ nur geringen Erfolge nicht verzagen. Auch wir haben ja Heilungen zu konstatiren, wo die Verhältnisse ebenfalls nicht die günstigsten waren.

Im ersten Fall von Kystosarkom bestanden reichliche Verwachsungen. Der Fall 14 war durch ein Portiocarcinom complicirt, das die Totalexstirpation des Uterus nöthig machte. Und im Fall 18 wurde Heilung erzielt, trotzdem Peritoneum, Darm und Tuben mit zahlreichen Knötchen besetzt waren. Vielleicht wird auch die Methode von Freund, der am radikalsten vorgeht, in Zukunft noch bessere Resultate auch bei anderen Operateuren zeitigen. Darüber müssen wir weitere Erfahrungen abwarten.

Jedenfalls aber müssen wir als Résumé hinstellen: die Operation, wenn nur irgend angängig, stets zu unternehmen, und nur, wo untrennbare Verwachsungen jeden Versuch einer Exstirpation als erfolglos erscheinen lassen, oder wo die Entfernung zahlloser Metastasen in den serösen Häuten und fast allen Bauchorganen einer Danaidenarbeit gleichkommen würde, sie als eine ganz aussichtslose zu vermeiden. Gewöhnlich verbietet dann auch der hohe Grad der Kachexie eine so schwere, langdauernde Operation. Da über all diese Bedingungen aber am sichersten nur die Probelaparatomie entscheiden kann, so ist bei der Ungefährlichkeit des Eingriffs diese in jedem Falle indicirt, umsomehr, da ihr auch in der vollkommenen Beseitigung des Ascites ein hoher palliativer Nutzen zukommt.

Und an dieser Stelle nochmals zu betonen ist die Mahnung, jede proliferirende Ovarialgeschwulst möglichst frühzeitig zu exstirpiren, um damit die Chance, einer malignen Geschwulst zu begegnen, auf das geringste Mass zu reduciren!

Kranken- und Operationsgeschichten.

I. Sarkome.

I. Frl. O. 17 J. Diagn. Kystosarcoma ov. dextr.

13./12. 83. Anamn. Vater an Phthise †. Im 12. Jahre Scharlach geh. Menstr. seit d. 14. Jahre, 4wöchentl., 3—4 Tage dauernd, ohne Schmerzen. Ostern 1882 verliert Patientin ohne angebbaren Grund die Periode $^3/_4$ Jahre lang. Weihn. 82 tritt Blutung auf, welche 6 bis 7 Wochen in mässigem Grade anhält und mit Abgang von Coagulis verbunden ist. Nach einer kurzen Pause beginnt die Blutung von neuem mit nur einer 3wöchentlichen Pause. Seit etwa 1 Jahr bemerkt Pat. rechts eine Anschwellung des Leibes. Seit einem Monat Schmerzen im Unterleib, bes. rechts.

Stat. pr. Bau schwächlich, mager. Aussehen anaemisch. Geringer Appetit. Herz, Lungen, Harn, Stuhl normal. Abdomen aufgetrieben im Unterbauch und im mittleren Theil des Oberbauches bis 4 Finger unter d. Proc. ensif. In diesem Bezirk gedämpfter Schall. Palpation ergiebt einen gleichmässig glatten fluctuirenden Tumor mit gespannten Wandungen. Derselbe zerfällt in einen grösseren rechten weicheren und einen kleineren linken härteren Theil. L. in der Tiefe sind mehrere Stränge durchzufühlen. Bei Bewegung des Tumors bewegt sich die Portio vag. nicht mit. — Bauchmasse: Grösster Bauchumfang 85, Nabelumfang 82, Thoraxbasis 72, Lin. alb. $18^1/_2$ = oberer, 17 = unter. Schenkel. Hüftnabellin. r. 19, l. 17. — Expl. int. Intr. vag. u. Vag. eng. Uterus nicht schmerzhaft, derb, v. mittl. Grösse. Portio r. h., sieht nach v. u. ist klein, schlaff.

26/12. Bauch völlig schmerzlos. Fieber: Ausbruch eines Masern-Exanthems.

1/1. 84. Wohlbefinden.

24/1. Ovariotomia dextra. Nach Vorbereitung durch Bäder, Laxantien, peinlichster Desinfection mit Sublimat 1 : 1000, in Chloroformnarkose (combinirt mit Morph. 0,01) und unter Carbolspray; Bauchschnitt 3 Querfinger unter d. Nabel bis 1 Finger üb. d. Symph. 4 Ligaturen. Geringe Menge ascit. Flüssigkeit. Es präsentirt sich ein im allgem. glatter Tumor von Mannskopfgrösse. Punction liefert nur geringe Menge einer haemorrhag. Flüssigkeit. Nach Zurückziehen des Troicarts Austreten einer betr. Menge graubrauner Gerinnselstücke. Dasselbe beim Eröffnen einer zweiten Cyste. Ziemlich reichl. Adhaesionen, besonders mit dem grossen Netz, dessen Venen stark erweitert sind, theils stumpf gelöst, theils unterbunden und abgeschnitten. Dann Herauswälzen des in seinen unteren und hinteren Partien wenig verkleinerten Tumors. Der sehr breite vom r. Lig. lat. ausgehende Stiel wird in 6 Portionen unterbunden. Darm nicht prolabirt. Toilette des Bauchfells, Entfernung eines frischen im Douglas angesammelten Blutgerinnsels. Schluss der Bauchwunde durch 5 tiefe, das Peritoneum mitfassende und einige

oberfl. Nähte nach Ausbreitung des gr. Netzes über die Därme. Listerverb. Tumor = 1202,0. Menge des Cysteninh : 1025 cbcm.

Mikr. Unters. ergiebt die soliden Theile des Tumors als theilweise degener. Sarcomgewebe.

Nach der Operation: Starker Collaps, Würgen und Erbrechen. Besserung in den nächsten Tagen. Leib nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft, nur gering. Gefühl v. Spannung im Bereich d. Bauchwunde.

28/1. Spontane Urinentleerung zum ersten Male.

29/1. Spontaner Stuhl zum ersten Male.

31/1. Abnahme des Verbands, der nicht verfärbt, Wunde überall vollständig vereinigt. Die tiefen Nähte beginnen durchzuschneiden, w. entfernt. Abwischen mit Sublimat, Heftpflasterverb. Wohlbefinden.

14/2. Entlassung.

Mitte Juli 1893 stellt sich Patientin persönlich vor, sieht frisch und blühend aus, ist seit 3 Jahren verheirathet, hat aber keine Kinder. Periode ist vollkommen regelmässig. Die Narbe ist sehr fest, beginnt 2 cm unter dem Nabel, geht bis zur Symph, ist oben 1 cm breit, wird nach unten fächerförmig breiter. Vagina eng, Uter. dextroponirt, etwas elevirt. Portio steht r., sieht nach unten. R. Parametr. gespannt, keine Knoten fühlbar. L. Ovar. nicht zu fühlen.

II. Fr. H. 46 J. Diagn. Sarcoma myxoid. ov. sin.

10/1. 84. Anamn. Menstr. zuerst im 16. Jahr, 4wöchentl. 4 bis 5 Tage lang, mit Leibschmerzen, reichlich, mit Coagulis. Im 16. Jahre Chlorose geh., dabei halbjähr. Aussetzen der Periode. Verheirathet im 28. Jahr, seitdem Menstr. regelmässig, reichl., ohne Schmerzen, zum letzten Male vor 4 Monaten. 2 norm. Geb. 1 Wochenbett normal, im 2. hohes Fieber und Schmerzen im Leib, 1½ Mon. damals bettlägerig gewesen. — Seit etwa 7 Monaten Dickwerden des Leibes bemerkt. Keine Beschwerden.

Stat. pr. Abdom. gleichmässig aufgetrieben, etwas gespannt. Tumor reicht bis zum Nabel, ist ziemlich bewegl. Gr. Bauchumfang 100. Nabelumf. 97. Thoraxbas. 80. Lin. alb. 20 + 22. Hüftnabellin. r. 26. l. 26.

Expl. int.: Portio steht l., sieht nach r. h. und bewegt sich mit beim Heben und Rückwärtsdrängen des Tumors. Im hint. Scheidengewölbe ein derber, schleifenartiger, unbeweglicher Strang.

15./1. 84. Ovariot. dupl. Bauchschnitt 1 fingerbreit unter d. Nabel bis 2 Finger über der Schossfuge, keine Gefässligatur. Ca. 4 bis 5 lit. ascit. Flüssigk. (sp. G. 1021. b. Kochen ganz gerinnend.) Manuelle Lösung ausgedehnter Flächenadhäsionen im Becken. Stiel breit, lang, gefässarm, in 3 Partieen mit Sublimatseide unterbunden. Einzelne Darmschlingen sind vorgefallen. R. Ovar. ohne Stiel, das r. breite Band und die Vorderfläche des Mastdarmes flächenartig verwachsen. Ausschälung ohne Stielligatur. Sorgfältiges Abtupfen der blutig-serösen Flüssigkeit. 10 tiefe Bauchnähte, Periton. mitgefasst, dazwischen 8 Hautnähte.

L. Tumor besteht aus zahlreichen kleinen Cysten mit dünnem Inhalte und gallertigen Wänden. R. Ovar. apfelgross, mit Höckern aus röthlichem, markigem Gewebe mit gelber, dendrit. Zeichnung.

15./1. T. 37,5. P. 112. Kein Erbr., reichl. Ructus. Leib nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft.

16./1. Wenig Schlaf. Klagen über Kreuzschmerzen werden durch Lagerung auf Luftkissen einigermassen gehoben. T. 38,0. P. 108 morg., Nachm. 2mal. Erbrechen. Abends T. 37,1 P. 108. Leichter Blutabgang aus der Scheide.

17./1. Viel Aufstossen, Quälender Durst. T. 37,4. P. 124, schlecht. Zunge trocken. bräunl. belegt. Unruhe, 3mal Erbrechen. Abends P. 144.

18./1. T. 38,1. P. kaum zählbar. Sensor. etw. benommen. Unterleib nicht schmerzh. Abends: Temp. 40,2. P. nicht mehr fühlbar. Stertoröses frequentes Atmen. Trachealrasseln. Bewusstlosigkeit. 8^{1} h. Exit. letal. Section verweigert. Wahrscheinl. Tod an Sepsis.

III. Fr. H. 42 J. Diagn. Sarcoma ov. sin. intraligam. Cystoma ov. d.

30./12. 86. Anamn. Mit 19 Jahren krank gewesen, bis die Menses eintraten, dann Besserung. Menstr. seit dem 19. Jahre, 4wöchentl., 6—7 Tage lang, mit Schmerzen, reichlich. Verheirathet im 25. Jahr, seitdem Menstr. unregelmässig. stark, ohne Schmerzen, oft alle 14 Tage, dann wieder alle 4 Wochen. Hat niemals geboren.

Stat. pr. Bau kräftig, Aussehen gut. Klagen über Athemnoth und unangenehme Empfindungen im Leib.

Abdom. in toto ziemlich halbkugelig aufgetrieben. Ascites scheint nicht vorh. R. Lumbalgegend tympanitisch, l. gedämpft. Unter den mässig dicken Bauchdecken fühlt man einen grossen, harten Tumor, der beiderseits bis zum Thoraxrand hinaufreicht und eine sehr unregelmässige höckerige Oberfläche zeigt. Er ist in toto beweglich, wobei sich die Haut mit bewegt, auch lassen sich kleinere Tumoren auf dem grossen für sich bewegen. — Gr. Bauchumf. 87. Nabelumf. 79. Lin. alb. 14 + 17. Hüftnabellin. 17 beiders. Expl. int. Vagina sehr eng. Portio ganz in der rechten Seite, sehr spitz.

10./1. Ovariot. dupl. Nach Eröffnen des etwas verdickten Peritoneum zeigt sich eine geringe Menge ascit. Flüssigk. Schnitt wird 4 Finger über d. Nabel verlängert. Versuch, den grossen derben Tumor hervorzuwälzen, misslingt, da er vollständig intraligamentär entwickelt ist, l. von dem ausserordentl. in die Länge gezogenen Cervix uteri entspringt. (Cav. ut. 19 cm.) Zunächst wird versucht, den Tumor an seiner Ansatzstelle am Uterus allmählich abzutrennen, indem gradatim in die Tiefe vordringend doppelte Ligaturen angelegt und zwischen denselben durchschnitten wurde Dabei starke Blutung. Nach Stillung derselben Spaltung der Kapsel (Peritonitis) ca. im unteren Drittel des Tumors, in horizontaler Richtung von der Beckenwand beginnend, und Versuch den Tumor stumpf auszuschälen, was theilweise gelingt. Grosse Schwierigkeiten bietet der im kleinen Becken eingekeilte Theil der Geschwulst. Es entsteht eine sehr starke venöse Blutung aus der Tiefe. Der Tumor w. rasch entwickelt und der restirende Sack der entfalteten Ligg lata mit der Hand und mit Compressen comprimirt. Das r. Ovar. zeigt sich ebenfalls degenerirt, ist etwa 3 cm. lang und cystisch entartet. Doppelligatur durch d. Stiel. Abtragung. Eine blutige Stelle a. d. l. Uteruskante nochmals umstochen. Ein ca. 5 cm. langer Riss in der hinteren Blasenwand wird durch fortlaufende Seidennaht geschlossen.

Ausräumung der Coagula und Desinfection der Därme und des Netzes mit Sublimatcompressen 1:4000. Schluss der Bauchhöhle, Einlegen eines Jodoformgazestreifens in den unteren Wundwinkel und Herausleiten desselben behufs Capillardrainage. Verband: Einlegen eines Nelaton in die Blase.

Diagn. Sarcoma ovar. sin. intraligam. Cystoma ov. d.

Nach der Operation tiefer Schlaf. P. 78. Pat. ist kühl. Nachmitt. heftige Kreuzschmerz. Zunge trocken. Epig. nicht aufgetrieben. Aus dem Nelaton läuft ca. 200 ccm dunkler, mit Blutcoagul. vermischter Urin ab. Danach Erleichterung. T. 37,1. Puls 120. (Camph. 0,01.)

11./1. T. 38,1. P. 126. 2mal Erbr. Puls sehr frequent und klein, leicht unterdrückbar. Starke Schmerzen in Kreuz und Rücken. Der ganze Verb. feucht durchtränkt. Kein Meteorismus. Keine Flatus. Der Nelaton muss öfter gewechselt werden, da er sehr leicht verstopft ist. Puls sehr schlecht, Nachts unruhig. (Aether, Camph.)

12./1. Puls ganz schlecht. 1mal Erbrechen. 3 Nähte ausgezogen und unter grossen Schmerzen d. Docht. Einführen eines grossen Glasdrains mit Carbolwatte. (Morph.) Allmählich Abnahme des Sensor, bei vollkommen subj. Wohlbefinden. Gar keine Klagen. T. 135, klein. Abends Exit. letal.

Section: Serosa mit fibrin, ziemlich stark blutig gefärbtem Belag versehen. Gr. Netz an den Seiten aufgerollt, in d. Mitte in ein strangförmiges Gebilde umgewandelt, das an den Bauchdecken und im kleinen Becken fixirt ist. Colon transvers. zieml. vollst. abgeknickt. Der hintere Douglas zum Theil durch Pseudomembranen verklebt, enthält trübes, zersetztes Secret. Neben dem Uterus eine mit Coagulis gefüllte Höhle. Blasenriss hinten durch Nähte vereinigt. An einer Stelle ein stecknadelkopfgrosses Loch. Umgebung d. Wunde diphtheritisch infiltrirt. Nachblutung am Stiel d. r. Ovar.

Anat. D. Peritonitis. Blasenwunde. Abknickung des Colon transv.

IV. Fr. B., 42 J. Diagn. Sarcoma ov. dupl.

22./10. 92. Anamn. Vater † an Lungenleiden. Menstr. zuerst im 16. Jahr, 4wöchentlich, 8 Tage lang, ohne Schmerzen. Verheirathet im 26. J. Seit 1 Jahr Sistiren d. Menses. 7 norm. Geb. und Wochenbetten. Nach der letzten vor 10 Wochen bemerkte Pat., dass der Leib nicht viel abnahm, sondern fast gleich stark blieb, wie während der Gravidit., und in letzter Zeit soll er noch etwas zugenommen haben. Pat. hat weiter keine besonderen Beschwerden.

Stat. pr. Bau gracil. mager. Aussehen blass. eingefallene Gesichtszüge. Geringer Appetit. Urin spärl., neutral, klar, ohne Eiw. Schmerzen in Kreuz und Seiten. Abd. angeschwollen, gespannt. Ascites. Tumoren zu fühlen. Gr. B.-U. 99. Lin. alb. 43.

Expl. int. Uter. tief, dextrovert. 1m hinteren Scheidengewölbe Tumor, an einer Stelle fluctuirend, scheint in Portio überzugehen. Ferner l. und r. Tumoren: im Dougl. und nach l. stark faustgr., rundl. Tumor, ein grösserer bis fast zum Nabel reichender von gleicher Beschaffenheit im gr. Becken u. d. Bauchhöhle, äusserst bewegl. u. unregelm. rundl. Schmerzen bei Bewegung der Tumoren in geringem Masse vorh.

25./10. Ovariot. dupl. Schnitt in d. Lin. alb. bis zum Nabel. Es ergiesst sich eine reichl. Menge zieml. klarer gelbgrünl. Flüssigk. 5 lit. (alkal. reagir., reichl. Albumen enthaltend, sp. G. 1122.)

Sodann Herauswälzen des gr. Tumors, wozu der Bauchschnitt verlängert werden muss. Derselbe ist an seiner Oberfläche mit dem Netz fest verwachsen desgleichen an seiner l. Fläche mit d. pariet. Blatt d. Periton. An erster Stelle Ligatur des Netzes und Abtragen mit d. Schere, an letzterer stumpfes Ausschälen. Eine flächenartige hier entstehende Blutung macht die Anlegung einer fortlaufenden Catgutnaht durch d. pariet. Blatt nothwend. Dann Ligatur des Stiels d. Geschwulst mit Doppelfaden, Abtragen des Tumors, und wegen Blutung noch mehrmaliges Umsäumen des Stumpfes, dann Versenkung desselben u. Herausheben d. l. Ovariums aus d. Dougl, das kindskopfgross und mit kurz. Stiel versehen, jedoch nicht adhaerent an andern Organen ist. Doppelligatur des Stiels und Abtragen der Geschwulst wie vorher. Auch hier nochm. Umstechung nötig wegen spritzenden Gefässes. Dann Versenkung. Beide Tuben, die mit kl. Knötchen

besetzt sind und den Tumoren fest anliegen, werden mit abgetragen. Bei der Besichtigung der Bauchhöhle findet sich pariet. und viscer. Peritonealblatt mit kleinen, hirsekorn- bis erbsengrossen, gelblichen harten Knötchen besetzt in d. Nachbarschaft des prim. Herdes. Desgl. ist die Gallenblase zu einem kleinapfelgr. Tumor von harter Consistenz degenerirt, und ein ähnlicher findet sich im l. Leberlappen. Schluss d. Bauchw. mit Seide.

Der grössere Tumor erweist sich als eine unregelm. mit mehreren knolligen Herausragungen versehene Degenerat. des l. Ovars = 2980 gr. schw. Die Oberfläche ist glatt, im Stiel sehr starke Gefässe, an seiner hint. Wand die Tube anliegend. Die Konsistenz ist hart, auf d. Schnitt von gelbl. Farbe und zäher faseriger Beschaffenheit. An einzelnen Stellen das Gewebe hervorquillend. Keine Cystenbildungen.

Der kleinere Tumor des l. Ovars ist 210 gr. schwer, besteht aus 2 unregelmässigen, apfelgr. Halbkugeln und zeigt dasselbe Gepräge wie d. grössere Tumor.

Makr. D. Sarcoma ovarii dupl.
Mikr. D. „ „ (myxomatos.)

Nach der Operation viel Erbr., Stuhl nur auf Senna und Clysmen. T. 39°.

1./11. Sämmtl. Stichkanäle secerniren Eiter. Entfernung mehrerer Nähte. Feuchter Verb.

2./11. Eiterung geringer.

3./11. Letzte Nähte entfernt. Guter Schlaf. Keine Schmerzen im Leib. T. zieml. normal.

15./11. Entlassen mit Heftpflasterverb. Pat. ist stark abgemagert, doch relat. wohl. Bauchnarbe linear, 14 cm. lang, noch nicht ganz überhäutet. Bauchumfang 76 cm., Bauch schlaff.

Die Metastasen in Gallenbl. u. Leber deutl. fühlbar, desgl. einzelne kleine Knötchen unter der Bauchhaut. Ganz geringer Ascit. Expl. int.: Kurze, schlaffe Scheide, Portio vag. r. Corpus im 3 Grade retroflect, fest auf dem Damm aufsitzend, fixirt, schmerzhaft, derb. R. im Parametr. eine empfindl. circumscripte Resistenz. Appetit gering. Stuhl angehalten.

Tod erfolgte am 1./12. 92.

V. Fr. H., 65 J. Diagn. Sarcoma ov. dupl.

4./4. 93. Anamn. Menstr. zuerst im 14. Jahre, 4wöchentl., 4 bis 5 Tage, ohne Schmerzen. Verheirathet im 24. Jahr. Im 52. Jahr Menopause ohne besond. klimacter. Beschwerden. 3 norm. Geb. u. Wochenbetten Im Anfang d. Jahres merkte Pat. zum ersten Mal eine Geschwulst, die Anfangs Schmerzen im Unterlb. verursachte. Nur wegen des schnellen Wachsthums der Geschwulst stellt sich Pat. ein.

Stat. pr. Bau klein, gracil. Gesundes Aussehen. Husten u. Auswurf besteht. Sonst Wohlbefinden. Abd. aufgetrieben. Gr. B.-U. 76. Nabelumf. 71. Kuppe d. Geschw. bis z. Symph. 18. Hüftnabell. 16 u. 16½.

Expl. int. Portio l., weich, bewegl., geht über in einen das ganze kleine Becken ausfüllenden und bis zum Nabel aufsteigenden Tumor. Derselbe ist nicht beweglich, von derber Konsistenz, bes. nach l. ausgedehnt u. hat an der von der Bauchhaut aus zu tastenden Oberfläche zahlreiche kleinere, zum Theil auf ihm verschiebliche Höcker.

7./4. Probelaparatomie in Chlorof.-Nark. und Trendelenburg'scher Hochlagerung ergiebt einen fest im Becken sitzenden, mit zahlr. Auswüchsen versehenen, derben Tumor, dessen Ausgangspunkt nicht genau nachgewiesen werden kann. Links bestehen feste

Adhaesionen desselb. mit d. Beckenwand, zieml. starke parenchym. Blutung an der Oberfläche der Geschwulst. Einzelne Höcker entfernt.

Mikr. Diagn. Sarcoma ovarii.

Von einer Exstirpation wird Abstand genommen.

7./4. Nach der Operation fortwährendes Jammern, Klagen über heftigen Schmerz. Kein Erbr. T. 36,6. P. 72. Leichter Collapszustand: kühle Haut, blaue Gesichtsfarbe, leichte Somnolenz. Abends: spontan urinirt.

8./4. Kein Schlaf und öfter Erbrechen während der Nacht. 2mal urinirt. Noch brennende Schmerzen im Leib, der nicht aufgetrieben; Epig. nicht druckempf. Viel Durst. T. 37,6. P. 78. (Ord.: Wein. Warmwasser-Klyst.)

9./4. Pat. fühlt sich bedeutend besser. Leib nur in d. Umgebung der Wunde druckempfindl.. Zunge feucht, etw. belegt. T. 37,9 P. 72.

10/4. Wohlbefinden. Viel Durst. T. 37,5. P. 84.

14./4. Entfernung aller Fäden, einzelne mit Sticheiterung. Heftpflasterverb.

17./4. Abds. plötzl. Sympt. eines apoplect. Insultes: Pat. richtet sich plötzlich im Bett auf, kann kein Wort sprechen, r. Arm paretisch, leichte Deviation d. Zunge nach r. und rechtseit. Facialisparese. Stuhl ins Bett, leichte Somnol.

18./4. Befinden wieder besser. Paresen geschwunden. 1mal Stuhl.

19./4. Diarrhoe.

20./4. Euphorie. Appetit wird besser. Narbe bis auf eine kleine granulirende Stelle im unteren Theile gut.

21./4. Gutes Befinden. 2mal Stuhl.

22./4. Völliges Wohlbefinden, heitere Stimmung. Pat. soll entlass. werden. 10^6 morg. plötzl. Anf. v. Praecordialangst mit ausgesprochener Dyspnoe. Herzschlag ca. 120, schwach. Keine Klagen über irgend welche Schmerzen, nur Schwächegefühl. Todesahnungen. Dann Athemzüge in grossen Pausen, Gesicht wird blass, keine React. mehr auf Anrufen. 10^{30}: Exit. letal.

Section ergiebt: Adhaesionen des grossen Netzes in der Narbe. Im Hauptast der Art. pulmonal. Thrombose.

An Stelle des l. Ovarium ein kindskopfgr., höckeriger, lappiger Tumor mit tiefen Furchen und Spalten zwischen den einzelnen Knollen. Konsistenz ziemlich derb. Am oberen Rand scheint durch die Kapsel eine haemorrhag. bläuliche Stelle durch, und auf d. Kuppe hat sich geradezu ein Haematom gebildet, über das eine der Dünndarmschlingen hinzieht und mit dem sie verklebt ist. Durch diese Bedeckung ist auch das Blut von der Peritonealhöhle abgegrenzt. Das rechte Ovar ist ebenfalls in einen nur weit kleineren Tumor umgewandelt, der etwa faustgross, mit dem linksseitigen verwachsen oder vielmehr verklebt ist, doch von ihm löslich ist. Die r. Tube ist nach oben umgeschlagen und zieht mit den Fimbrien über den kleinen Tumor hin. Keine Thromben in den Körpervenen. Im Gehirn weite Gefässlücken der weissen Substanz, doch keine Blutung, keine Herde.

Anat. D. Thrombose d. r. Art. pulmonal. Randemphysem. Albinismus der Lunge. Papillom der Gallenblase. Myodegeneratio cordis. — Sarcom beider Ovarien mit Haematom. Breite Adhaesionen mit Oment. maj. und Colon transv.

VI. Fr. P. 47 J. Diagn. Sarcoma ov. dupl.

9./5. 93. Anamn. Vater † an Phthise. Menstr. zuerst im 18. Jahr, 4wöchentl., 4 Tage lang, mit Schmerzen am ersten Tage. Ver-

heirathet im 27. Jahr, seitdem Periode unverändert, ohne Schmerzen. 10 Geb. und Wochenbetten normal. Im 6. Wochenbett vor 11 Jahren jedoch trat auf: Exophthalmus, seit ca. 14 Jahren besteht eine Struma, die in d. Gravidität immer zunahm und im puerper. wieder abnahm, aber keine Beschwerden machte. Vor ca. 8 Wochen bemerkte Pat. in d. l. Unterbauchgegend einen härteren, nicht schmerzhaften Knoten, in den letzten 5 Wochen soll dann der Leib rasch bis zu seiner jetzigen Grösse angeschwollen sein. Urindrang.

Stat. pr. Bau kräftig. Aussehen blass. Exophthalm. Strüma. Grösster Bauchumf. 106. Nabelumf. 104. Proc. ensif.-Symph. 44.

2 Tumoren zu fühlen: ein grösserer r., ein kleinerer l. Beide getrennt von einander, beweglich, mit höckeriger Oberfläche. Ascit. vorh.

Diagn. Carcin. ov. dupl. Morb. Basedowii.

15./5. 93. Ovariot. dupl.-Cholecystost. Grosser Schnitt, ca. 5 lit. bernsteingelber Flüssigkeit ergiesst sich aus den Abdomen (alkal. reag., leicht gerinnend, Mucin enthalt., kein Eiw.) R. Ovar in einen 7 Pfd. schweren Tumor, das l. in einen 2 Pfd. schweren Tumor verwandelt. Beide Stiele l. resp. r.-läufig gedreht. Stümpfe versorgt und versenkt. Blutung bei Abtragung des r. Tumors. Keine Metastasen in Netz und Bauchfell. Gallenblase stark verdickt, mit dem Netz verwachsen, enthält facettirte Steine. Nach Ablösung der Verwachsung wird der Fundus in die Bauchwunde gezogen und eingenäht. Wunde mit Jodoformgaze tamponirt.

Nach der Operation keine Unruhe, kein Erbr. T. 37,4.

16./5. Etwas Schlaf. Schmerzen in der Wunde. T. 38,5. P. 96. kräftig, unregelmässig. Leib im Epigastr. etwas schmerzhaft. Grosser Durst. Kein Erbrechen. 3mal spont. urinirt.

17./5. Kein Schlaf. Entfernung der Gaze aus der Gallenblase und Erneuerung derselben. Wunde gut aussehend. Leib meteoristisch. (Ord.: Wasserklysm., Senna 3,0. Buttermilch.) Mittags einmal Erbrechen. T. 39,5. P. 112, irregulär. (Ord.: Einreiben mit 4,0 ung. ciner. Wasserklysma.) Drainagegaze erneuert.

18./5. Kein Schlaf. Allgemeinbef. relat. gut. Profuse Diarrh., die Nachm. aufhören. (Ord.: Cacao. Schleimsuppe. Rotwein.) T. 39,8. P. 116, ziemlich kräftig.

19./5. Kein Schlaf. Grosse Unruhe. 3mal Diarrh. Stuhl. T. 40,1. P. 124, klein, schwach. Verb.-Wechsel. Leib stark meteor. aufgetrieben, Erneuerung der Drainagegaze im ob. Wundwinkel, Entfernung der 2 unteren Nähte und Einführen von Jodoformgaze in die Bauchhöhle. Es ergiesst sich bräunl., dünne Flüssigkeit in zieml. grosser Menge. Leib nicht druckempfindlich. Ab.: T. 39,9. P. 118, klein, öfters aussetzend. Leichte Somnolenz. (Ord.: Cognac, Wasser, Eis.) Gegen Mitternacht wird d. Unruhe immer grösser. Oft Erbr., viel Durst. Somnolenz und zunehmende Dyspnoe. Nach schwerer Agone

20./5. 3^{50} morg. Exit. letal.

Section: Verklebung d. gr. Netzes an d. Bauchnaht. Enormer Meteorismus und Magendilatation. Verklebung der meisten Dünndarmschlingen mit feinen Fibrinfädchen, Auftreibung und Paralyse des Dünndarms. Im Periton., auf Serosa und Mesenter. dichte miliare Eruptionen von weissen Knötchen.

Anat. D. Serofibrin. Perit. Meteorismus u. Darmparalyse. Miliare Sarcomatose d. Bauchfells. Cholelithiasis. Hydronephrose. Struma. Exophthalm.

Mikr. D. Kleinzellig. Sarcom d. Ovar. Carcinom. der Gallenblase. Fibröse Knötchen des Periton. (weder carcin. noch sarcomatöse.)

II. Carcinome.

VII. Fr. Z. 31 J. Diagn. Cyst. ov. dupl. carcinomat.

31/1 91. Anamn. Phthisisch belastet. Menstr. seit dem 16. J., 4wöchentlich, 3 Tage lang, nicht reichl, ohne Schmerzen. Verheirathet im 19. Jahre, 2 normale Geb. u. Wochenbetten. Seit 9 Jahren Aufstossen, Obstipation. Seit 4 Jahren Bleichsucht u. unregelmässige Periode, die seit 14 Monaten ganz ausgeblieben ist. Seit 3 Monaten häufiges Aufstossen, Diarrhoen, Abmagerung und zugleich Dickerwerden des Leibes bemerkt.

Stat. pr. Bau gracil, Aussehen blass. Abdomen aufgetrieben, mit zahlreichen Striae. Gr. Bauchumf. 88. Nabelumf. 86. Lin. alba 18 + 17. Hüftnabellin. r. 21, l. 22. Ascites. — Ein grösserer Tumor bis in's Epigastrium reichend, leicht beweglich, mit höckeriger Oberfläche. Im Douglas ein kleiner, 2 Faust grosser Tumor. Hinter dem r. queren Schossbeinast ist der Uterus isolirt abzutasten.

27/10. Ovariotomia dupl. Bauchschnitt in lin. alba, Eröffnung des Peritoneum; Abfluss hellgelber, klarer ascit. Flüssigk. Hervorwälzen des grösseren linksseit. Tumors. Ligatur des Stiels, Abtragen. Ebenso rechts. Schluss d. Bauchwunde. Jodoformgazeverb.

Gewicht des l. Tumors 2340 gr.

„ „ r. „ 550 „ Temp. nach d. Operation 38,5°.

28/10. Temp. 37,5°. Ordin.: Kaffee, Rothwein, Fleischbrühe. Senna 3,0, Klysma. Bei fast normaler Temperatur guter Verlauf. Stuhl erst nach Senna oder Oelklysmen.

3/11. Verb.-Wechsel. 5/11 Alle Suturen entfernt.

7/11. Wohlbefinden. 10° Morgens plötzlich Schwindel, Blässe, Ohnmacht. P. ca. 60. Frequente Respirat (Ther.: Tieflag. d. Kopfes, Aether, Cognac, Moschus.) Puls wird immer frequenter und kleiner. Hochgradige Blässe. Bewusstlosigkeit. 10^{50}: Exitus letalis.

Section ergiebt: Embolie u. Thrombose beider Lungenart. Tumor am Pylorus und Duodenum (Sarcom?), Thrombose der l. Ven. spermat. int. und d. l. V. renal. bis in die Nierensubstanz und fortgesetzt bis zur V. cava. Stiel der Tumoren: l. am Darm adhaerent. l. Ven. sperm. geht durch die Ligatur, r. Adhaesion der Blase und des Darmes. V. sperm. nicht unterbunden.

Mikr. Diagn.: Cubocellulares Carcinom mit gallertiger Degeneration am Pylor. Wahrscheinl. secund. Carcinom d. Ovarium.

VIII. Fr. F. 33 J. Diagn. Cystoma multil. ovar. dupl. Carcinoma omenti et intestin.

1/5 92. Anamn. Menstr. seit dem 14. Jahr, 4—6wöchentl. 3—4 Tage dauernd, ohne Schmerzen. Verheir. im 20. Jahr. Menstr. regelmässig alle 4 Wochen, aber seit Ende Januar keine Periode mehr. 4 normale Geburten, 2 Wochenbetten mit Fieber, 2 normal. Seit Herbst 91 begann der Leib dicker zu werden. Ende Februar wurde Pat. bettlägerig wegen Unfähigkeit zu gehen und wegen grosser Schmerzen. Urinverhaltung.

Mitte März Punction d. Leibes: 7 lit. helle Flüssigkeit entleert.
2. Punction Anfang April: 6 Liter trübe Flüssigkeit.
3. „ vor 8 Tagen: 9 „ „ „

Stat. pr. Bau gracil. Aussehen blass, mager. Abd. aufgetrieben. Gr. B.-U. 98. Nabel-Umf. 96. Lin. alba 22 + 19,5. Hüftnabell. r. 23. l. 24. An und über dem Nabel, sowie an der Punctionsstelle einzelne harte Knoten und Stränge fühlbar. Uter. anteflectirt, im hint. Douglas harter, höckeriger, fluctuirender Tumor.

3/5. Ovariot. dupl. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst eine klare gelbl. Flüssigk. ab (2850 Gr. sp. G. 1018). Direct in die Bauchwunde hinein ragt eine pralle, bläulich-graue, glatte Geschwulst, welche nirgends adhärent ist. Nach Punction derselben (trübe, braunschwarze Flüssigk. 2615 Gr, mit einzelnen, weisslich-grau verfärbten Blutgerinnseln, sp. G. 1019) Hervorwälzen der ausserordentlich brüchigen Cyste des linken Ovars, Ligiren derselben und Abtrennen. Im Douglas findet sich noch eine stark faustgrosse, pralle Cyste, vom r. Ovar. ausgehend. Bei Ablösen derselben starke Blutung, durch einige Ligaturen und Umstechungen gestillt. Periton. par. et visc. mit derben, weisslichen, linsen- bis erbsengrossen Knoten übersät, ebenso Darmserosa und Mesenterium. Statt Oment. maj eine höckerige, gelbliche harte Querleiste, mit welcher die Gallenblase verwachsen. Ausschneiden der Geschwulstknollen aus den Bauchdecken. Schluss der Bauchwunde.

Nach der Operation in den ersten Tagen viel Erbr., dann Durchf. Am 9/5 platzt der obere Theil der Bauchwunde und es entleert sich von da anhaltend eine leicht röthl. gefärbte ascit. Flüssigkeit. Unter zunehmender Appetitlosigkeit, Kräfteverfall und höchstgradiger Abmagerung, in d. letzten Tagen mit Kälte und subnormalen Temperaturen, erfolgt der Tod der auf dringendes Verlangen der Angehörigen nach Hause gebrachten Patientin.

IX. Fr. O. 53 J. Diagn. Cystoma ov. sin. carcinom.

10/5. 92. Anamn. Menstr. zuerst im 18. Jahr, 4wöchentlich, 8 Tage lang, mit Schmerzen. Verheirathet im 20. Jahr. Menstr. wie früher. Vor 3 Jahren climacter. Blutung, seitdem Climax. 6 normale Geburten und Wochenbetten. Abdomen seit 1 Jahr grösser geworden, von Herbst 1891 an rascher wachsend. Seitdem auch Urindrang und Brennen; harter Stuhl.

Stat. pr. Bau kräftig. Aussehen gesund. Gr. B.-U. 95, Nab.-U. 93. Lin. alb. 16+16. Hüftnabell. r. 20, l. 21. Eine Geschwulst bis zum Nabel fühlbar. An der linken Seite ein mit d. Geschwulst beweglicher harter apfelgr. Tumor. — Expl. int.: Uter. retrofl., klein, descendirt. Beide Scheidengewölbe prall nach unten vorgewölbt.

13/5 92. Ovariot sin. Nach Eröffnung der Bauchhöhle von Nabel bis Symph. adhaerenter prall-elastischer Tumor. Adhaesionen w. stumpf gelöst, bes. von Ileumschlingen. Beim Versuch, die Flüssigkeit des Tumors mit Troicart abzuzapfen und die Cystenwand mittels Haken in die Höhe zu ziehen, reisst die Wandung aus. Sie stellt sich als ein brüchiges, blutendes Gewebe dar, welches in toto nicht herauszunehmen ist. Im hinteren Douglas eine Cyste für sich, von derselben brüchigen Beschaffenheit. Beide gehen vom linken Ovar breitaufsitzend aus. Von weiterer Operation d. h. von totaler Entfernung der carcinomatös verdächtigen Massen wird abgesehen, da starke Blutungen bei Ablösungsversuchen eintreten. Vernähen der vorderen Cystenwand mittels Catgut mit dem Peritoneum, um eine Verklebung zu befördern. Schluss d. Bauchwunde mit Silberdraht.

Anfangs viel Erbrechen. Katheterisation.

18/5. Verb.-Wechsel. Einige Drähte entfernt.

21/5. Sämmtl. Fäden gezogen. 2 Stichkanaleiterungen.

30/5. Einmal. selbständ. Uriniren. Bisher tägl. 3 Mal Katheter.

6/6. Entlassung mit Heftpflasterverband. Subj. Wohlbefinden. Pat. hat keinerlei Beschwerden. Leib ist etwas aufgetrieben, in seinen unteren Partien von äusserst derber Beschaffenheit, bes. in d. Median-

linie. Die Bauchwunde bis auf eine kleine granulirende Stelle am unteren Ende der Schnittlinie schon vernarbt. An der Stichwunde der 4. Naht von unten besteht rechterseits eine Fistelöffnung, durch die man eine chirurg. Sonde nach der Medianlinie hin etwa 5 cm tief einführen kann. Aus der Fistel sickert ein trübes dünnflüssiges Secret. Leib auf Druck nirgends schmerzhaft. Expl. int.: Scheidengewölbe vorn mehr wie hint. nach unten vorgedrängt. Uter. klein, gestreckt. Im l. Parametr. eine kleinapfelgr. derbe Resistenz. — Sept. 1892 ist Pat. gestorben.

X. Fr. O. 53 J. Diagn. Cyst. ov. dupl. carcinomat.

22/1 92. Anamn. Rhachitis gehabt. Menstr. zuerst im 15. J., 4wöchentl., 3—4 Tage, ohne Schmerzen, nicht reichl. Verheir. im 20. Jahr. Seit 4 Wochen Menstr. unregelmässig. Blutabgang 2 bis 3 Tage lang mit 2—3tägiger Pause. Das letzte Mal vor 8 Tagen 1 Tag lang. 10 normale Geburten und Wochenbetten. Vor 5—6 Wochen bemerkte Pat. zum ersten Mal ein Gefühl von Völle im Leib und seitdem ein sichtbares Anschwellen desselben. Besondere Beschwerden stellten sich nicht ein, nur Spannungsgefühl, Brechreiz und Aufstossen.

Stat. pr. Bau hager, Aussehen mager. Struma. Geringer Appetit. Aufstossen, Brechreiz. Ziehende reissende Schmerzen im r. Hypochondr., die mit solchen vom Unterleib heraufkommend zusammentreffen. Gefühl von Druck nach unten. Abd. schlaff, dünnwandig. Gr. B.-U. 92. Expl. int.: Vulva und Vagina ziemlich weit. Schleimh. glatt, leicht blutiger Fluor. Portio zieml. dick, weich. Corp. stark vergrössert, derb, äusserst bewegl., Tumor bis 2 Finger unter d. Nabel reichend. (Entfern. d. Kuppe d. Tumors v. d. Symph. 21 cm). Bei Bewegung des Tumors geht die Portio mit u. umgekehrt. An beiden Seiten des Tumors vorn und auf dem fundus zahlreiche, kleinapfelgr., knollige Querwülste. Ovarien nicht zu tasten, keinerlei Druckschmerz. Auf Wunsch entl.

3/10. Wiedereintritt.

5/10. Ovariot. dupl. Schnitt bis wenig oberh. d. Nabels. Nach Eröffnung d. Bauchhöhle ergiesst sich eine reichl. Menge trüber, gelbl., ascit. Flüssigk. Der T. erweist sich nach seiner Eventration als von derbem Gefüge, mit zahlr. knolligen Auswüchsen und d. l. Ovar. angehörig. Periton. par. und oment. maj. mit zahlr., derben, hirsekorngr. Knötchen besetzt. Keine Adhaesionen, doch ist der breite Stiel, an dem die Tube anliegt, etwa $^3/_4$ um seine Achse nach rechts verdreht. Durch mehrere neben einander gelegte Seidennähte wird der äusserst brüch. Stiel ligirt und theils m. d. Scheere abgetragen, theils reisst er infolge der starken Spannung ab. Eine starke Blutung tritt nicht ein, doch wird zur Vorsicht noch einmal tiefer wie vorher eine Doppelligatur um den Stiel gelegt. Nun wird das r. Ovar hervorgeholt, es erweist sich in der gleichen Weise, aber zu einem kleineren Tumor degenerirt. Der weniger breite Stiel ist 1mal um seine Achse nach l. verdreht, wird ebenso wie l. ligirt und dann Tumor sammt Tube mit der Scheere abgetragen. Bei der Besichtigung zeigt sich auf der vord. Magenwand eine zieml. grosse, flächenartige derbe Infiltration.

Der Tumor des l. Ov. wiegt 1390 gr.

„ „ „ r. „ „ 330 „ Beide Tumoren sind unregelmässig gestaltet und fühlen sich derb an. Auf d. Schnitt zeigen sich grössere und kleinere Cysten mit dicker Wandung und glatter Höhle, gefüllt mit gelbl. Flüssigk. Das umgebende Gewebe hat eine eigen-

thümliche sulzige myxomatöse Beschaffenheit, hier und da zerstreute weissl. kleine Knötchen von festerem Gefüge.

Makr. D. Cyst. ov. carcin. multiloc. dupl. Carcinose d. periton. par. et visc.

Mikr. D. Carcinoma gelatinosum ovarii.

6/10. Kein Fieber. Leib nicht schmerzhaft, nicht aufgetrieben. (Ord. Senna, Klystier. Wein. Cognac.)

7/10. Auf Klyst. reichl. Defaecation. Wohlbefinden. Schlaf. Euphorie. Zunge feucht, belegt.

16/10. Euphorie. Sämmtl. Nähte entf.: I. reunio.

25/10. Entlassen. Pat. hat an Kräften nicht zugenommen, ist apathisch, schläft viel, doch keine Klagen. Expl. Uterus anteflect., bewegl., klein. R. u. l. kleine leicht schmerzhafte Resistenz.

Tod erfolgte 2 Monate nach d. Operation infolge von Carcinom-Metastasen im Mesenterium und Magen. Es war keine Erholung nach der Operation eingetreten.

XI. Fr. G. 48 J. Diagn. Cyst. ov. utr. colloides c. Metastomenti et peritonei. Später: Peritonit. carcinomat.

7/6 86. Anamn. Menstruation zuerst im 17. J., 5—6wöchentlich, 3—4 Tage lang, mit Schmerzen im Leib am ersten Tage. Verh. im 25. Jahr, 3 normale Geburten und Wochenbetten. Seit Novbr. 85 Periode 2—3 wöchentl., von Stägiger Dauer, wechselnder Intensität, ohne Schmerzen. Einmal verlor Patient. 4 Wochen lang immerfort Blut durch den After mit Tenesmus. Seit November auch Anschwellen des Leibes bemerkt. Nie Schmerzen, nur Gefühl von Schwere im Leib und Schwäche. Zugleich rascher Kräfteverfall. Urin spärl. Obstipation. Kein Erbrechen. Temp. normal, Puls 100—120.

10/6. Punction d. Abd. in d. Medianlinie ergiebt geringe Menge colloider Flüssigkeit. Grösster Bauchumf. 105. Nabelumf. 104. Thoraxbas. 84. Lin. alb. 18 + 26. Hüftnabellin. r. 30, l. 28. Uterus bewegl., etwas r. Von der l. Kante geht ein dicker derber Strang nach l. h. Portio kurz, weit, nach u. gerichtet.

20/6. Auf Wunsch entlassen.

8/7. Wiederaufnahme. Leib noch grösser geworden. Masse sind 109, 107, 86, 20 + 25, 29, 31.

10/7. Puls dauernd um 100. Temper. normal. Blutabgang aus d. Genitalien.

12/7. Ovariot. dupl. Unterhalb der früheren Punctionsöffnung beginnender Schnitt bis zum Schamberg. Nach Eröffnung des Peritoneum kommen dicke Colloidmassen hervor, zwischen welchen mehrfach zerrissene, papier-dünne Cystenwandungen. Andere noch nicht geplatzte Cysten reissen beim Versuch der Extraction ein. Langer, weicher, mit bröckligen, markigen Massen besetzter Stiel vom recht. Ligam. ausgehend, wird doppelt unterbunden u. abgetragen. Ebenso eine einzige vom link. Ovar ausgehende, mit weissen etwas dünneren Colloidmassen gefüllte Cyste. Aus diesem l. Stiel, der ausserordentl. brüchig, trotz sorgfältiger Unterbindung starke Blutung, die nach längeren Umstechungsversuchen steht. Das ganze Peritoneum stark verdickt, glasig gerötbet. Auf der Oberfläche desselben allenthalben festsitzende, verschieden grosse Colloidkörner. Am Peritoneum pariet. in der Leber- und Magengegend festsitzende, mehr derbe, taubeneigrosse, höckerige Tumoren. Ligg. lata ganz mit mehr bröckeligen Massen besetzt, ebenso der hintere Peritonealüberzug des Uterus. Oment. maj. zu einer grossen, etwa 3—4 cm dicken Scheibe von gelblich marmorirtem Aus-

sehen umgebildet. — Peritonealtoilette, tiefe und oberflächl. Nähte, Jodoformgazeverband.

Entfernte Massen wiegen 10605 gr. L. Cyste 1885 gr. Temper. n. d. Oper. 37,1. Puls 88. Während der Nacht 3 mal Erbrechen, viel Durst, Abd. nicht empfindl., nicht aufgetrieben. Flatus, Aufstossen, viel Schweiss. Zunge feucht.

18/7. Verb.-Wechsel. Ganze Wunde per prim. geheilt.

26/7. Aufstehen.

8/8. Entlassung. Länge der Narbe 11 cm. Unterhalb d. Nabels ein 12 cm hoher, 21 cm langer, der vord. Bauchwand adhärenter, höckeriger Tumor (oment. maj.) Beiderseit. Inguinaldrüsen vergrössert, glatt, derb, länglichrund. Portio vag. in der Mitte, etw. r. — Corpus nach oben verlagert. Im Douglas und vor dem Corpus höckerige Massen. An d. l. Beckenwand vom Rectum aus kleine Knoten zu fühlen. Grösster Bauchumf. 86. Nabelumf. 83. Thorax 75. Lin. alba 12 + 15. Wohlbefinden.

Dann trat seit Ende Juli 1889 wieder eine stärkere Zunahme des Leibes ein, Gefühl von Völle im Leib, Harndrang, Obstipat. Viel Aufstossen.

8/9. 89. Wiederaufnahme. In der l. Seite des Abdomen harter Tumor, der 3 Finger unter dem Rippenbogen beginnt und in der Richtung von l. oben nach r. unten verläuft (37 cm lang). Grösster Bauchumf. 106,5. Nabelumf. 105,5. Oberes Ende der Narbe 12 cm unter dem Nabel. Starker Ascites. Portio h. u. l., sieht nach v. u. r. Vordere Vaginalwand prolabirt. Mehrere harte Tumoren zu fühlen.

Entl. Ordin. Species diuret.

3/12 89. Wiedereintritt.

Stat. Herzimpuls im III Intercostalraum. Abdom. stark aufgetrieben, über die Symphyse überhängend. Grösster Bauchumf. 119. Nabelumf. 114. Thoraxbas. 84. Lin. alb. 20 + 33. Hüftnabell. r. 34, l. 32. Lapar-Narbe 17 cm. Bauchvenen stark ectatisch. Haut glänzend. Zahlreiche Striae. Ueber d. ganzen Abdomen Dämpfung mit Ausnahme des l. Hypochondr., wo ged. tymp. Schall. Prall-elast. Consistenz des Abdomen. Fluctuation. Mehrere grosshöckerige Tumoren in der Mitte und in der Lebergegend zu fühlen. Mässige Oedeme an den Füssen, Schenkeln und am unteren Theil des Abdomen. 24stündige Urinmenge 570 Ccm., ohne Albumen und Gallenfarbstoff.

Diagn. Peritonitis carcinomatosa.

5/12 89. Punction versucht an 2 verschiedenen Stellen in der Mittellinie. Der Ausfluss sistirt nach Entleerung einer geringen Menge blutig.-seröser Flüssigkeit, deshalb 2 cm lange Incision, worauf ein Strahl Flüssigkeit von obigem Character, vermischt mit colloiden Massen, welche zeitweise die Ausflussöffnung verstopfen, sich entleert. Nach Einführ. eines dickeren Troicarts werden 9270 gr. entleert (sp. G. 1020. b. Kochen vollständig coagul.) Schluss der Wunde durch 2 Seidenknopfnähte. Jodoformgaze-Watte-Handtuchverband.

Pat. fühlt wesentliche Erleichterung. Wird entlassen.

3/2 wiederum Punction nöthig, die noch mehrere Male wiederholt wird.

29/12 90. Exit. let.

XII. Fr. K. 59 J. Diagn. Carcin. ov. inoper. Peritonit. exsudat. circumscr.

18/6 88. Anamn. Phthisisch belastet. Menstr. zuerst im 17. J., 4wöchentl, 3—4 Tage, ohne Schmerzen, reichl., mit Coag. Verh. im 24. Jahr. Menstr. seitdem unverändert. Seit 8 Jahren Menopause. 6 norm. Geb. u. Wochenb. Pat. bemerkte Weihn. 87 in der Nabelgegend

eine erbsengrosse röthliche Geschwulst, welche rasch wuchs. Im März 88 Punction: 7 lit. wurden entleert. Dann Zunahme des Leib. bemerkt. Im Juni z. 2. Male punctirt. (12 lit.) Seit Mitte März in der l. Seite des Unterleibes anfallsweise auftretende stechende Schmerzen, seitdem stark abgemagert. Seit $^1/_2$ Jahr stark., weissl. Fluor.

Stat. pr. Bau kräftig, hageres Aussehen, leicht gelblicher Teint. Appetitlosigkeit. Schmerzen b. Stuhl. Abd. stark aufgetrieben. Unmittelbar l. vom Nabel kleine, kirschgrosse, röthlich-glänzende derbe Anschwellung. R. vom Nabel derber, 2 Finger breiter, querverlaufender 5 cm langer Strang. Ferner derbe, 3 cm breite und hohe Infiltration unter d. Bauchdecken in der l. unteren Bauchgegend. Ueber derselben Druckempfindlichkeit. Unterbauch aufgetrieben, unregelmässig verlaufende Dämpf.-Grenze, in der Mitte bis über Nabelhöhe reichend. Undulation über d. Dämpf. Gr. B.-U. 101. Nabelumf. 100. Lin. alb. 18 + 19 Hüftnabell. 24 beiders.

Expl. int. Portio r. v., hochstehend, vollkommen verstrichen, unbewegl. Das ganze Scheidengewölbe derb, wenig resistent. Im Douglas mehrere derbe Knollen bis Kirschgrösse, welche zum Theil der Beckenwand fest aufsitzen.

Mit Rücksicht auf die zahlreichen Metastasen als inoperabel entlassen.

Exit. let. erfolgte am 8. Oct. 1888.

XIII. Frl. K. 18. J. Diagn. Carcin. medull. ov. dextr. et intestin.

10./11. 88. Anamn. Vom 2. Jahre an Krämpfe, die seitdem oft nach Wochen oder Tagen wieder aufgetreten sind. Menstr. seit dem 14. Jahr 4-wöchentl., oft 5-wöchentl., 4—5 Tage dauernd. Ms. seit Mai nicht wiedergekehrt. Seit 4 Wochen sehr abgemagert.

Stat. pr. Sehr blasses Aussehen. Stuhl träge, Appetit gut. Respir. beschleunigt, Puls gross, gespannt, 120—130. Von Seiten des Nervensystems besteht Gedächtnisschwäche; r. Arm u. l. Bein schwach, wankender Gang. Abd. stark aufgetrieben, im Oberbauch elastisch gespannt und schmerzhaft, im Unterbauch ein breiter, wurstartiger, auf- und abwärts verschieblicher und ein hinterer kugeliger glatter Tumor.

Expl. int. Vagina eng. Praeput. und Haut d. Clitoris ödematös. Uter. klein, Fund. h. o. Portio vag. rudimentär.

19./11. Ovariot. dextra. Bauchschnitt bis über den Nabel. Ascit. 2260 Ccm. aufgefangen, aber noch ca. ein Liter abgelaufen. Im Unterbauch ein glatter, stellenweise mit Adhaesionen belegter oder gelbl. gefleckter Tumor (1600 gr.), mannskopfgross, oben mit mehreren kleinen, unten mit einem grösseren Lappen. Konsistenz speckig-weich. Beim Einhaken reisst die Zange aus, deshalb wird der Tumor mit d. Hand aus d. Becken entf. Der breite zum r. Parametr. verlaufende Stiel wird mit 5 Seidenfäden und 2 Gefässfäden ligirt. Bauchfell ohne Knoten, aber im Darm gr. Knoten in die Wand eingebettet. Periton. mit fortlauf. Catgutnaht geschlossen, Bauchwunde mit Seidenfäden. Nach der Operation ist die Temp. 37,2.

23./11. Epilept. Anfall bei vollem Bewusstsein. Flatus. Stuhl auf Klysma.

26./11. Verband-Wechsel: Heilung per pr. 7 Suturen entfernt

28./11. Letzte Suturen entfernt, Stuhl auf Rheum.

1./12. Schweiss, Durst. Stuhl auf Rheum.

4./12. Aufstossen. Fast täglich wiederholten sich die Anfälle.

12./12. Entlassung. Bauchnarbe 2—3 mm breit, 2 cm über den Nabel und bis zur Schossfuge reichend. Harte Resistenz in Form eines querliegenden Ovals 2 cm vom Nabel und 6 cm von d. Schossfuge beginnend, l. weiter bis zur Lumbalgegend ragend, in deren Ausdehnung relative Dämpf., nicht sehmerzhaft. Appetit und Stuhl gut, Aussehen blass.

Tod erfolgte am 27. Jan. 1889.

XIV. Fr. M. 40 J. Diagn. Carcin. port. ut. et ov. dextr.

16./11. 91. Anamn. Menstr. seit dem 18. Jahre, 4wöchentl., 8 Tage dauernd. Verheirathet im 22. Jahr. Seit $^1/_4$ Jahr anhaltende Blutungen, einmal 14 Tage Pause, dann Abgang von Coagul. 3 normale Geburten und Wochenbetten. Seit $^1/_2$ Jahr ist Pat. abgemagert, konnte aber bis zuletzt arbeiten. Keine Schmerzen.

Stat. pr. Aussehen blass, eingefallen. Expl. int. Uterus vergrössert, bewegl. Im Speculum sieht man die Portio mit bröckligen Wucherungen. R. im Dougl. in der Höhe d. Plica sacro-uter. kleiner Tumor (r. Ovar) zu fühlen.

18./11. Totalexstirpat. des Uterus. Castrat. et Salpingot. dupl. Portio circumcidirt. Die r. Tube und Ovar für sich unterbunden, dann das r. Parametr. in Portionen. Ebenso links. Starke Blutung wird gestillt. Vord. und hint. Douglaswände werden an einander genäht. Jodoformgazetamponade der Scheide. Bauchdeckenverband. Im r. Ovar derbe, gelbl. Einlagerungen. — In den ersten Tagen Schmerzen und Blähungen, die nicht weiter gingen. Stuhl erfolgt auf Rheum. und Oelklysmen.

22./11. Jodoformgaze entfernt. Temperatur nie über 38°. Ganz glatter Verlauf.

11./12. Entlassung. Vollkommene Heilung bis jetzt. Frau sieht wohl und blühend aus.

III. Papillärkystome.

XV. Fr. N. 53 J. Diagn. Cystocarcinoma ov. dupl. papill. — Peritonit. carcin. — Carcin. omenti.

8./9. 88. Anamn. Menstruation zuerst im 16. Jahre, 2—4 wöchentl., 1—2 Tage lang, nicht reichl., ohne Schmerzen, öfter mit Coagulis. Verheirathet im 35. Jahr, seitdem Menstr. alle 3—4 Wochen, schwächer, zeitweise noch Coagula. 5 normale Geb. u. Wochenbetten. Pat. bemerkt seit 6 Wochen ein allmähliges Wachsthum und Dickerwerden d. Leibes. Schmerzen unten im Leib und Kreuz, die mit dem Dickerwerden des Leibes stärker werden. Wenig Schlaf, Appetitlosigkeit, Aufstossen, Erbrechen. Zeitweise leichte Diarrhoen. Urindrang. Engigkeit beim Athmen. Einmal wurde Punction gemacht. und $8^3/_4$ lit. Flüssigkeit entleert. In wenigen Tagen nahm aber der Leib wieder zu.

Stat. pr. Bau kräftig. Stark abgemagert. Abd. stark angeschwollen, gespannt. Grösster Bauchumfang 109. Nabelumfang 110. Linea alba 22 + 21. Hüftnabellin. r. 28, l. 29. Ueber dem ganzen Abd. Dämpfung. Ascites vorh. Hintere Vaginalwand leicht prolabirt.

Expl. int. Portio descendirt, sinistro-anteponirt, ballonartig aufgetrieben. Im Cervicalkanal mehrere bis erbsengrosse knollige Vorragungen. Auf der l. Seite ein erbsengrosser, dünngestielter Polyp, ferner eine bis zum Scheidengewölbe sich erstreckende Einkerbung, welche strangartig mit demselben zusammenhängt. Per anum fühlt

man das retroflectirte. derbe grosse Corpus uteri, mit knolligen Erhebungen auf der ganzen hinteren Fläche. Cav. ut. 8,5 cm. P. 102, T. 38,3.

11./9. Ovariot. dupl. Hautschnitt. Ascites entleert ($9^1/_2$ lit.) Der kleinapfelgrosse, cyst. Tumor, welcher an seiner Oberfläche mit papillären Excrescenzen versehen ist, ist hinten am Darm adhaerent und sitzt l. dem Uterus auf. Das gr. Netz ist verdickt, mit grauröthl. Knoten bis zu Taubeneigrösse und von markähnlicher Konsistenz durchsetzt. Kleinere Knoten von derselben Beschaffenheit an mehreren Stellen des Darmes. Beim Hineinziehen des Tumors in die Bauchwunde zeigt sich, dass nach der Uterusseite hin mit demselben zwei solide Tumoren von Taubeneigrösse zusammenhängen, ebenfalls von den degenerirten Ovarien ausgehend. Die Darmadhaesionen an der hinteren Seite der Cyste werden leicht stumpf gelöst. Der kurze, aber breite Stiel in 4 Partieen nach zweimaliger Durchstechung mit Déchamps mit Seidenfäden umschnürt und ca. 1 cm. breit an der Uteruskante entfernt.

Das r. Ovarium bildet einen kleinhühnereigrossen Tumor, der in der einen Hälfte aus mehreren erbsen- bis taubeneigrossen Cysten mit serösem Inhalte, in der äusseren Hälfte aus solidem, schwammigem Gewebe besteht, welches an der Oberfläche mit einer $^1/_2$ cm. dicken, weissen, speckartigen Gewebsschichte überzogen ist. Gewicht 40,0.

Das l. Ovarium ist in einen von serös. Flüssigkeit erfüllten apfelgrossen Tumor umgewandelt, auf dessen äusserer Fläche sich papilläre Excrescenzen von markiger Konsistenz befinden. Daneben zwei etwas über taubeneigrosse, solide Tumoren, deren Gewebe ebenfalls eine markähnliche Konsistenz zeigt. An dem Tumor ist die ziemlich stark dilatirte Tube adhaerent. Gewicht 126,0.

12./9. In dem ersten Tage nach der Operation öfter Aufstossen, Erbrechen. viel Durst. Kein Meteorismus, keine Druckempfindlichkeit des Leibes. P. 108. T. 38,5.

13./9. Kein Schlaf, Erbrechen, Zunge trocken. (Ord.: Ung. cinereum.) P. 120. T. 39,6. (Calomel 0,05 2stündl.)

14./9. Sehr unruhiger Schlaf. Stöhnen, Phantasiren. Reissende Schmerzen im Leib, Magengegend meteorist. aufgetrieben. P. 120. T. 39,2. Pat. ist somnolent. Vomitus Grosse Unruhe.

16./9. Tiefe Somnolenz. Absatzweises Athmen. Schweiss Puls sehr schwach, klein, nicht zu zählen. T. 41,7. — 9^{30} V.: Exit. letal.

Section ergiebt: Carcinosis periton. Oment. maj. in derbe, knollige Masse umgewandelt. Auf der unteren Zwerchfellfläche, auch auf der Serosa des Darmes, im Mesenterium etc. Carcinomknoten. Im Douglas eiteriges Exsudat. Sero-fibrin. Peritonit. im ob. Theile des Abdomen. Hypostasen in beiden Lungen. Embol. Thrombose und kleiner Infarct im rechten Unterlappen. Parenchym. Trübung von Leber und Niere. An den Ligaturstümpfen keine Veränderung.

XVI. Fr. R. 50 J. Diagn. Kyst. ov. dupl. papill. carcin.

26./10. 86. Anamn. Menstruation stets regelmäss. bis Winter 1885, von da ab unregelmässig. — Verheirathet im 47. Jahr., 2 norm. Geb. und Wochenb. Letzte Periode Juni 86. Seit ca. 4 Wochen Anschwellung des Abd. bemerkt. Schmerzen in der rechten Seite. Appetitlosigkeit.

Stat. pr. Bau kräftig. Abd. in toto ziemlich gleichmässig halbkugelig aufgetrieben, etwas nach rechts hängend. Auf Bauch- und Oberschenkelhaut zahlreiche alte Striae. — Gr. B.-U. 101. Nabelumfang 102 Linea alba 15 + 17. Hüftnabellin. rechts 24, links 21. Bei d. Palpat. fühlt man einen 2 bis 3 Querfinger über den Nabel

reichenden, prall-elastisch sich anfühlenden Tumor in der rechten Seite des Abd., bei tieferem Eindrücken fühlt man auch links eine unregelmäss. grössere Resistenz. Ueber dem Tumor Dämpf. In beiden Lumbalgegenden ged. tymp. Schall. Ausc. ergiebt ein eigenthümlich klingendes, klucksendes Geräusch; ferner ein mit dem Radialpuls isochrones Geräusch.

Expl. int. Portio ziemlich schmal, eingekerbt, steht rechts. Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man einen unregelmässigen, höckerigen Tumor, welcher sich bei Bewegung des l. liegenden Tumors, der von dem nach rechts gelegenen durch eine deutlich fühlbare Furche getrennt ist, mit bewegt. Corpus ut. als solches auch per rectum nicht sicher abzugrenzen. Bei Bewegungen des r. Tumors bewegt sich die Portio nur sehr wenig mit.

28./10. Ovariot. dupl. Incision in Linea alba. Bauchdecken sehr fett, wenig blutreich. Nach Eröffnen des Periton. entleert sich eine beträchtliche Menge klarer ascit. Flüssigkeit. Der Tumor rechts stellt sich mit einem Segment in die Wunde ein. Das Periton. par. ist stark verdickt, an einzelnen Stellen grauschwarz verfärbt. Die Punktion des Tumors ergiebt nur geringe Mengen einer gelbbräunlichen, dicken Flüssigkeit, der Tumor kollabirt nur wenig. Nach geringer Erweiterung der Incision nach oben wird er leicht entwickelt, doch zeigt sich dabei eine kolossale Brüchigkeit des Gewebes. Stielligatur mit Seide in 2 Portionen.

Der zweite Tumor macht erhebliche Schwierigkeiten bei der Entwicklung, der Schnitt muss nach der Symphyse zu verlängert werden. Breite Incision des Tumors verkleinert denselben nur um ein weniges, weil im Innern desselben eine kleine Cyste neben der andern, theilweise in Zerfall begriffen, nur mit schmutzig-bräunlicher Flüssigkeit gefüllt ist. Es wird dabei sorgfältig ein Einfliessen derselben ins Abd. zu verhüten gesucht Bei einem letzten Versuch den Tumor zu entbinden, gleitet er rasch vor die Bauchwunde und der Stiel reisst ein zieml. Stück mit ein. Ziemlich starke venöse Blutung.

Querfassen des abgerissenen Stiels mit grossem Kolbenschieber und Ligiren unterhalb des letzteren. Dabei blutet es ziemlich stark aus der Tiefe. — Das Netz hängt in Gestalt eines grossen Tumors am Magen. Toilette der Douglas und der Därme Jodoformirung der Stümpfe. Schluss der Bauchwunde mit Seide und Catgut. Druckverband. P. 96. T. 37,6°.

Nach Erlangung des vollen Bewusstseins fühlt sich Pat. vollkommen wohl. Keine Schmerzen. Starker Schweiss.

Nachts T. 37,8°. P. 118. 3mal Erbrechen. (Eis.)

29./10. 37,4°. P. 120, klein. Abd. nicht aufgetrieben, ebensowenig Epigastr. Nachts oft Erbrechen. Zunge braun, trocken. Vollkommenes subj. Wohlbefinden.

30./10. Nachts zehnmal Erbrechen. Pat. ist sehr elend. P. 130—140. Gar keine Klagen. Keine Auftreibung des Epigastr. (Ordin: Champagner, Aether, Moschus.)

1./11. Puls immer kleiner. T. 39,1. Pat. kollabirt sichtl.

2^{30}: Exit. letal.

Section ergiebt: Alte Verdickung und Trübung des Periton., theilweise mit frischen eitrig-fibrinösen Belägen, Trübung der Darmserosa. Im Douglas dunkles Blut in mässiger Menge. An den Ligaturstellen blutige und eiterige Imbibition der Stiele. Das verdickte Mesenterium scheint durch alte Peritonit. aufgerollt u. verklebt zu sein, wodurch das Colon transvers. an mehreren Stellen feste, irreparable Stricturen erhalten hat. Das grosse Netz in eine derbe, längliche Geschwulstmasse umgewandelt.

Anat. D. Sept. Peritonit. nach Ovariotomie beid. carcinomatösen Ovarien. Chron. Peritonit., insbesond. des gr. Netzes. Abknickung des Colon an mehreren Stellen. Gallensteine, chron. Entzündung der Gallenblase.

Mikr. D. Cystadenoma ov. papilliferum, einzelne Papillen carcinomatös degenerirt.

XVII. Fr. F. 38 J. Diagn. Cystoma ov. dextr. papill. — Später Sarcommetastasen.

16./3. 91. Anamn. Menstr. seit d. 16. Jahre, 4wöchentl., 4 bis 5 Tage lang, mit Schmerzen, reichl. Verheir. mit 26 J., 5 norm. Geburten. 1 Mal Querlage. Kind †. Letzte (6.) Geburt vor 4 Monaten. Wochenbetten stets normal. Seit dem 1. Wochenb. Prolaps, der durch Mayer-Ring zurückgeh. ist. Vor $2^1/_2$ Jahren $^3/_4$ Jahre lang alle 2 Tage reissende Schmerzen im Kreuz und Leib rechts, die spontan aufhörten. Seit 6 Wochen Anschwellung des Unterleibes, Schwäche im ganzen Körper, besonders in d. Beinen. Spannung r. im Leib u. Kreuz. Seit einigen Tagen Oedeme an den Beinen.

Stat. pr. Bau kräftig. Aussehen blass. Abdom. hängend. Gr. Bauchumf. 104. Nabelumf. 100. Thoraxbas. 72. Lin. alb. 20 + 28. Hüftnabellin. r. 25, l. 28. Zahlreiche alte Striae. Hautvenen deutl. Dämpf. im Unter- und Mittelbauch: oben halbmondförmige tympan. Zone.

Expl. int. Uterus mobil, nicht vergrössert. R. im Abd., auch durch's Scheidengewölbe zu fühlen, ein mannskopfgrosser, derber, höckeriger, beweglicher Tumor. Zusammenhang mit d. Uterus wegen Ascites u. gespannten Leibes nicht zu constatiren. Vord. Vaginalwand total prolab. Cystocele.

18/3 91. Ovariot. et Salpingot. dextr. Bauchschnitt in d. Lin. alb. ca. 15 cm lang. Eröffnung des Peritoneum durch einen Messerstich. Entleerung von ca 7 lit. gelber, trüber Flüssigk. Hervorwälzen des Tumors. Abtragen der isolirten r. Tube. Ligatur des Geschwulststieles mit Seide, Abtragen des Tumors, Jodoformstreuen; Schluss der Bauchwunde, Jodoformgaze-Handtuch-Verband.

Gewicht des Tumors 930 gr. Temp. 38°. P. 80.

In den folgenden Tagen hält sich die Temperatur in vollkommen normalen Grenzen. Stuhl erfolgt nur auf Senna und Oelklysmen.

Am 25/3 Verb.-Wechsel. Einige Suturen w. entf.

26/3. Senna 3,0. Erste spontane Urinentleerung.

28/3. Verbandwechsel. Alle Suturen w. entf.

8/4. Entlassen. Bauchwunde 12 cm lang. Uterus retrovertirt.

Die ersten 10 Tage Wohlbefinden. Dann Bildung eines kleinen Knötchens in der unt. Hälfte der Narbe, welches immer grösser und schmerzh. wurde und sich schwarzroth zu verfärben begann. Durch eine Incision wurde Blut entleert.

2/5. Wiedereintritt. Frau sieht kachectisch aus. T. 39,1, P. 120. Mäss. Ascites. In d. Bauchnarbe eine taubeneigr. Vortreibung mit blauroth verfärbter Haut, daneben unter der Haut mehrere Knollen.

Die Temperatur steigt in den nächsten Tagen bis über 40°, es tritt grosse Unruhe, Delirien, incontin. urin. auf.

10/5. Thermo-cauterisation.

14/5. Exit. letal.

Section: In der Bauchnarbe ein apfelgr., stark hervortretender, oberflächlich ulcerirter Tumor. Eine zweite grössere Geschwulst über dieser, mehr nach innen vortretend. Das gr. Netz an dieser Stelle angewachsen, in ihm einzelne röthl. Knötchen. Mesenterium

von nuss- bis apfelgrossen Knötchen durchsetzt. Der unt. Abschnitt des Ileum ist mit einer Tumormasse verwachsen, die am Uterus haftet. Hint. Douglas mit Gerinnseln erfüllt, enthält ausserdem mehrere cystische Gebilde, während Tube, Ovar, Uterus links i. g. norm. Verhältnisse darbieten. R. ist an Stelle von Ovar. und Tube ein ligirter Stiel. In der vord. u. hint. Wand des Uterus 2 gr. Tumoren. In d. Leber ebenfalls. Alle Geschwülste markig, mit Blut durchsetzt.

Zahlreiche Verwachsungen unter den Darmschlingen, sowie mit dem grossen Netz.

Anat. Diagn. Secund. Sarkom der Bauchdecken, des Uter., der Leber, sowie retroperitonealer Drüsen.

XVIII. Fr. K. 39 J. Diagn. Adenoma prolif. papill. (suspect.) 14/4 1890. Anamn. Vater † an wiederholtem Bluthusten. — Menstr. zuerst im 17. J., 4wöchentl., 3 Tage lang. Vor 4 Jahren $^1/_2$ Jahr lang profuse Menses und Fluor. — Verh. im 28. J., seitdem Menstr. stärker, 4 Tage andauernd, mit Schmerzen. 1 norm. Geb.

Vor 1 Jahr bemerkte Pat. ein Dickerwerden des Leibes und Geschwülste in beiden Leistengegenden. Gleichzeitig Schmerzen in der l. Seite des Unterleibes. Dann traten unter weiterer Zunahme des Leibesumfangs Schmerzen im ganzen Unterleib und ein Scheidenvorf. auf. Vom Arzt wurden 3 Punctionen vorgenommen im Sept., Dec. 89 und Apr. 90. Jedesmal sollen 2 Eimer grünlich klarer Flüssigkeit entleert sein. Danach Erleichterung. Der Scheidenvorfall und die mit dem Tumor aufgetretenen Leistenhernien traten jedesmal zurück, um sich bei dem darauf folgenden Steigen des Ascites wieder zu vergrössern. Periode etwas schwächer als früher seitdem geworden.

Stat. pr. Bau gracil, mager. Aussehen blass. Stuhl unregelmässig. Etwas Husten vorh. Kopfweh.

Abd. aufgetrieben, freier Ascites vorh. Gr. B. U. 81, Nabelumf. 80. Lin. alb. 15 + 19. Hüftnabell. r. 19, l. 17. In d. l. Unterbauchhälfte ein kindskopfgr., höckeriger, bewegl. Tumor, der bis in's kleine Becken und oben 2 Finger unter dem Nabel, nach r. 3 Querfinger über die Mittellinie hinausragt. Konsistenz ziemlich hart. R. äussere Leistenhernie leicht zu reponiren. L. und innen unten vom äusseren Leistenring ein nussgr., derber, nicht reponirbarer Tumor, der beim Husten etwas nach unten rückt.

Expl. int. Vord u. hint. Vaginalwand sehr hypertroph. u. schlaff. Portio kurz, weich. Mm. schmaler Querspalt. Corp. ut. retroflectirt. Vielleicht ist der Tumor hinter der portio auch ein Theil des Bauchtumors. Portio mit d. Tumor bewegl.

16/4. Ovariot. dupl. Eröffnung der Bauchhöhle. Perit. par. schwartig verdickt. In d. Bauchdecken werden mehrere blutende Artt. ligirt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle fliesst zieml. viel trüb-seröse, bräunlich verfärbte Flüssigkeit ab. Die sichtbaren Darmschlingen sind blassrosa gefärbt. Auf einigen sind kleine (miliare) blasse, wenig prominente Knötchen in geringer Anzahl zu finden.

Vom l. Ovar. ausgehend, findet sich eine kindskopfgr, ziemlich dickwandige Cyste. In der Wand derselben sitzen nussgrosse, derbe Knoten, theilweise ist die äussere Fläche der Wand mit Knötchen, die in Blumenkohl- und Traubenform angeordnet sind, bedeckt. An der Stelle des r. Ovarium findet sich ein in der Umgebung adhaerenter, faustgr., harter Tumor, dessen Oberfläche mit blumenkohl- und traubenartigen Massen bedeckt ist. Beide Tuben sind stark verlängert und ihre Wände schwartig verdickt, mit Knötchen besetzt und in der Umgebung adhaerent. Im Becken-Periton.

und im Periton. der vord. Bauchwand viele miliare, blasse, harte Knötchen. Die Ovarialcyste wird mit dem Messer angestochen und entleert ca. 5 Tassen bräunliche, trübseröse Flüssigkeit. Dann wird die Cyste herausgezogen und nachdem der Stiel mehrfach mit Seidenfäden ligirt ist, abgetragen. Dann Entfernung der l. Tube, nach deren Abtragung noch mehrere Seidenligaturen zur Blutstillung angelegt waren.

Der Tumor des r. Ovar. wird von der Umgebung manuell leicht abgelöst u nach mehrfachen Ligaturen abgetragen. Die Stümpfe werden mit Sublimat 1 : 1000 abgewischt, mit Jodoform bestreut und in die Bauchhöhle versenkt. Der Knoten in der l. Leistengegend ist wohl als geschwollene Drüse oder als Lipom anzusprechen.

Schluss der Bauchwunde mit Seidenknopfnähten. Jodoformirung. Jodoform-Sublimat-Mull, Handtuchverb.

Makr. D. Cystoma carcin. ov. sin.
Carcin. ov. d., tub. dupl. et peritonei.

Mikr. D. Adenoma prolifer. papillare mit hyal. Degeneration des Bindegewebes.

16/4. T. 37,5. P. 100. Mehrmal. Erbr., stark. Schweiss. Klagen über Druck in der Magengeg. Nachm. spontane Urinentleerung.

17/4. T. 37,3. P. 110. Stat. id. Zieml. viel Blähungen abgegangen.

18/4. T. 37,3. P. 92. Nachts 1 dünner Stuhl. Pat. fühlt sich zieml. erleichtert. Zuweilen stechende Leibschmerzen. Appetit zieml. gut.

19/4. Wenig Schlaf. Blutabgang aus d. Vag. Subj. Wohlbefinden. Appetit gut.

21/4. Verb.-W. Zwei Entspannungssuturen entf. Wunde sieht gut aus.

25/4. Letzte Suturen entf. P. und T. normal.

30/4. Pat. verlässt das Bett.

7/5. Entl. Vollkommenes Wohlbefinden. Bauchnarbe 12 cm. Uter. antevert, hochstehend.

4/8 90. Vollkomm. Wohlbefinden. Menses nicht mehr eingetreten. Zeitweise Schwitzen, leichtes Wehgefühl im Leib zur Zeit, wo die Menses eintreten müssten.

Expl. Portio sehr kurz, atroph., Elevatio uteri. Beiderseits von d. Uteruskante nach der Seite hin und nach hinten zu verlaufend kleinfingerdicke, nicht druckempfindliche Stränge (Stielreste).

Vollkommenes Wohlbefinden hat bis jetzt lt. Nachricht vom 24/7 93 angehalten.

IV. Kolloidkystom mit Kolloidmetastasen (susp.)

XIX. Fr. B. 44 J. Diagn. Kystoma kolloid. multilocul. ov. dupl. Kystomatose des Peritoneum, bes. des Netzes.

21./8 88. Anamn. Menstr. zuerst im 16. Jahr, 4wöchentlich, 2—3 Tage, ohne Schmerzen, nicht reichlich. Verheirathet im 24. Jahr, seit 8 Jahren verwittwet. 10 normale Geb. Im Wochenbett immer grosse Schwäche. Seit letzt. Weihnachten bemerkte Pat. eine zunehmende Grösse ihres Leibes, im Februar 88 nahm der Leibesumfang immer stärker zu, es trat ein- bis zweimal des Tages Erbrechen auf, starkes Aufstossen. Obstip., Harndrang. Anfang Mai zum ersten Mal punctirt, eine angebl. röthl. dünnfl. Masse kam heraus. Vor 4 Wochen zweite Punction, seitdem ist der Leib wieder angeschwollen.

Stat. pr. Bau ziemlich kräftig. Aussehen mager, etw. icterisch. Appetit gut, aber viel Aufstossen, Erbr. zuweilen. 2—3tägige Obstipation, keine Schmerzen beim Stuhl. Geringer Urindrang, ab und zu Brennen beim Uriniren. Abdomen sehr stark ausgedehnt.

Gr.-B.-U. Nabelumf. 116. Thoraxbas. 101. Dämpfung nach oben convex, in der Mittellin. tiefer stehend. Zieml. resistente ballotirende Tumoren zu fühlen. — Ascites vorh. Füsse, Unter- und Oberschenkel, Lab. majora und Unterbauch ziemlich stark oedematös.

Expl. int. Vagina weit, mittellang. Portio l. v. o., ganz kurz, dahinter knollige unregelmässige Massen. Uterus, wie Sonde ergiebt, anteflectirt. Kurz über der Portio geht ein etwa fingerdicker, spiralig nach r. h. o. verlaufender Strang, dahinter fluctuirender Tumor im Douglas, überall fingerbreit von der Beckenwand abstehend. R. kurz über der Portio verläuft ein bleistiftdicker Strang horizontal nach der seitl. hinteren Beckenwand. Ovarien und Uterus weiter nicht zu fühlen. Uterusanhänge scheinen l. frei zu sein.

23/.8. Ovariot. dupl. Durch eine seichte Incision in der Mitte der Linea alba sofort Entleerung einer dunkelgelben klaren Flüssigkeit in starkem Strahle. Die Oeffnung wird nach einigem Bemühen mit Hakenzangen verschlossen. Da sie für die eröffnete Ovariencyste gehalten und zu isoliren gesucht wurde, wurde irrthümlich das suprarectale Bindegewebe auf eine kleine Strecke weit unterminirt. Die für Cystenwand gehaltene Rectusscheide wird jetzt mit der Scheere gespalten, zuerst bis etwas unter den Nabel, später erschien eine Verlängerung am Nabel vorbei nothwendig. Ascites wird langsam abgelassen. Im Abd. präsentiren sich jetzt zwei ganz getrennte Tumoren, der r. ca. 4—5 Finger über den Nabel, der l. 3—4 Finger über denselben reichend. Beide lassen kleincyst. Beschaffenheit erkennen, können desshalb nicht punctirt werden. Zunächst wird der r., der deutlich Stielung zeigt, nach Verlängerung des Bauchschnittes über den Nabel hervorgewälzt, wobei eine grosse Cyste platzt. Der sehr kurze Stiel wird an einer durchsichtigen Stelle durchstochen und beiderseits abgebunden, nachdem zuvor die Tube für sich abgebunden und durchschnitten ist, dann mit Mühe noch eine totale Abbindung des Stiels hinter der partialen vorgenommen. Die Insertion des l. fast ebenso grossen Tumors erstreckt sich vom lig. infundib. pelvic. bis fast knapp an d. l. Uterushorn. Zunächst werden die Spermaticabündel für sich mit Seide, die übrigen Insertionen in 3 Partien abgebunden, wobei ein grosser Theil des Parametr. einreisst. Der Riss wird durch 3 Nähte annähernd vereinigt. Da jedoch die Insertion des Tumors nach dem Uterus zu wie infiltrirt und nicht scharf begrenzt erscheint, so reissen die Fäden zweimal ein, wesshalb noch eine Umstechungsligatur durch die Uteruswand und die nächstliegende Partie des Parametr. gelegt wird, sodann noch eine Gesammtligatur, die 2. Partialligaturen umfasst. Die mässige Blutung steht vollkommen in beiden Stielen.

Ein grosser Theil der Parametr., namentlich l. im Douglas hinter dem l. Param., ferner das Periton. in der Gegend des Bauchschnitts ist durch aufgelagerte Colloidmassen verdickt und verhärtet, ebenso ist das Netz, soweit zu palpiren, in eine halb colloide, halb derb infiltrirte Scheibe von 1—2 cm. Dicke umgewandelt. Die Massen sind fest, können nicht abgerieben werden, auch wird das Netz wegen des grossen Schwächezustandes der Pat. (der Puls setzt oft längere Zeit aus und ist fast nicht zu fühlen, desshalb Aether und Moschusinject. nöthig) und wegen der Ausdehnung der Infiltration nach obenzu nicht resecirt. Die Bauchwände werden durch 17 Seidennähte, welche die unterminirten Partieen des Unterhautzellgewebes mit umfassen, wie gewöhnlich geschlossen. Jodoformirung. Sublimatgaze-Watte-Handtuchverband.

Nach der Operation Klagen über heftig brennenden Schmerz im ganzen Leib. Ord.: Opiumtinctur per clysma. Pat. bekommt viele Clystire, theils mit Wasser, Wein, Peptonlös., anfangs alle Stnnden, dann alle 2—3 Stunden. Kein Schlaf, starker Schweiss.

25./8 Tagsüber munter. Brennen hört fast ganz auf. Appetit gut. Alle 6 Stunden Katheteris. Pepton-Kl. Gr. Hitzegefühl. T. 39°. P. 116, voll, kräftig.

26./8. Nachts kein Schlaf. Unruhe, Aufgeregtheit. Tagsüber: Subj. Wohlbef. Nachm.: Dünner, breiiger Stuhl, Abgang von Flatus. Viel Durst und Appetit. Ord.: Einreiben mit ung. ciner., Schwitzen. Pepton-Kl. Fleischbrühe.

27/8. Grosse Unruhe, Phantasiren. Verband-Wechsel: Wunde sieht überall gut aus, nur einer der unt. Fäden hat durchgeschnitten. Leib nicht aufgetrieben. Rechts in Lumbalgegend leichte rel. Dämpf., keine Druckempfindlichkeit. Ord.: Ung. cin. Calomel 0,3. Temperatur 39°. P. 116, voll, kräftig. Zunge ziemlich feucht.

28./8. An Hinterbacke beginnender Decubitus.

29./8. Somnolenz am Morgen bei Temperatur von 39,8°, aber Puls 108, voll, gespannt. Verband-Wechsel: Wunde sieht fast ganz reactionslos aus. Keine Druckempfindlichkeit des Leibes. Auf Calomel folgen regelm. Stühle.

30./8. Bei abnehmender Unruhe guter Appetit, allmähl. Besserung des Allgemeinbefindens und des Schlafes. Fieber lässt nach.

2./9. Nähte bis auf 4 entfernt. Wunde per pr. geheilt. Am unt. Theil des Rückens oberfl. Decubit. T. 38,1. P. 108. Dann rasch zunehmende Besserung bis zu normaler Temperatur.

Am l. Kreuzbeinrand ist die Haut ca. $^3/_4$ cm. unterminirt. Fistel wird mit Carbolwasser ausgewaschen. Zinkvaselin-Verb.

9./9. Zuerst aufgestanden.

31./9. Entlasssen, (gegen ärztl. Rath.) Bauchnarbe 11 cm. lang. Decubit. noch nicht geheilt.

Expl. int. Portio kurz, senil. Im Douglas kastaniengr. Tumoren zu fühlen, ferner knollige Infiltrat. des Netzes. Abd. leicht meteorist.; in der Lumbalgegend beiderseits geringes Exsudat. Sehr starke Emaciation.

Zu Hause soll Pat. sich anfangs erholt haben und wieder zugenommen haben. Doch nach 3 Monaten trat wieder Ascites auf. Durch 3 Punctionen wurden 6—7 lit. entleert. Geringer Appetit.

Unter grossen Schmerzen erfolgte der Tod Ende Januar 1889 an allgem. Hydropsie und Kachexie.

Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrath Prof. Dr. Kehrer, für die gütige Anregung zur Bearbeitung dieses Themas meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Literatur.

1) Olshausen, Krankheiten der Ovarien. 1877 u. 1886.
2) Schröder, Handb. d. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorg. 1890.
3) Archiv f. Gynaekol. Bd. I, VI, XIII, XXIX, XXX, XXXIII, XXXIV, XLI, XLII.
4) Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. VII, XII—XXII, XXV.
5) Centralbl. f. Gyn. Jahrg. 1886—1893.
6) Berlin. klin. Wochenschrift 1886 No. 37; 1887 No. 2, 3, 31.
7) Deutsche med. Wochenschrift 1887 No. 4.
8) Münchener med. Wochenschrift 1893 No. 15, 25.
9) Dissertat. v. Seeger, München 1888.
„ „ Scheele, Strassburg 1889.
„ „ Rossbach, Jena 1888.
„ „ Haas, München 1882.
„ „ Viering, Greifswald 1891.
10) Virchow-Hirsch, Jahresberichte 1886—91.
11) Schmidt's Jahrbücher d. ges. Heilkunde 1887—93.
12) H. Fritsch: Bericht über die gynaek. Operationen 1891/92 in d. Breslauer Frauenklinik.
13) Spencer Wells: Diagn. u. chirurg. Behandlung d. Unterleibsgeschwülste. 1878.
14) Volkmann, Samml. klin. Vorträge. No. 109 u. 111.
15) Wiener med. Wochenschrift 1883.